

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
UNITÉ D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
DE MÉDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1976 - N° 235.

**ESSAI D'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE
INDIVIDUELLE ET INSTITUTIONNELLE
DE LA RELATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE
EN MILIEU PENITENTIAIRE**

THÈSE

présentée

à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD de LYON
et soutenue publiquement le 21 Juin 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Sylvain MALTAVERNE

né le 3 Juillet 1949

à MONTCEAU-LES-MINÈS (Saône-et-Loire)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
UNITÉ D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
DE MÉDECINE LYON SUD-OUEST

ANNEE 1975 - N°

ESSAI D'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE
INDIVIDUELLE ET INSTITUTIONNELLE
DE LA RELATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE
EN MILIEU PENITENTIAIRE

THESE

présentée

à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD de LYON

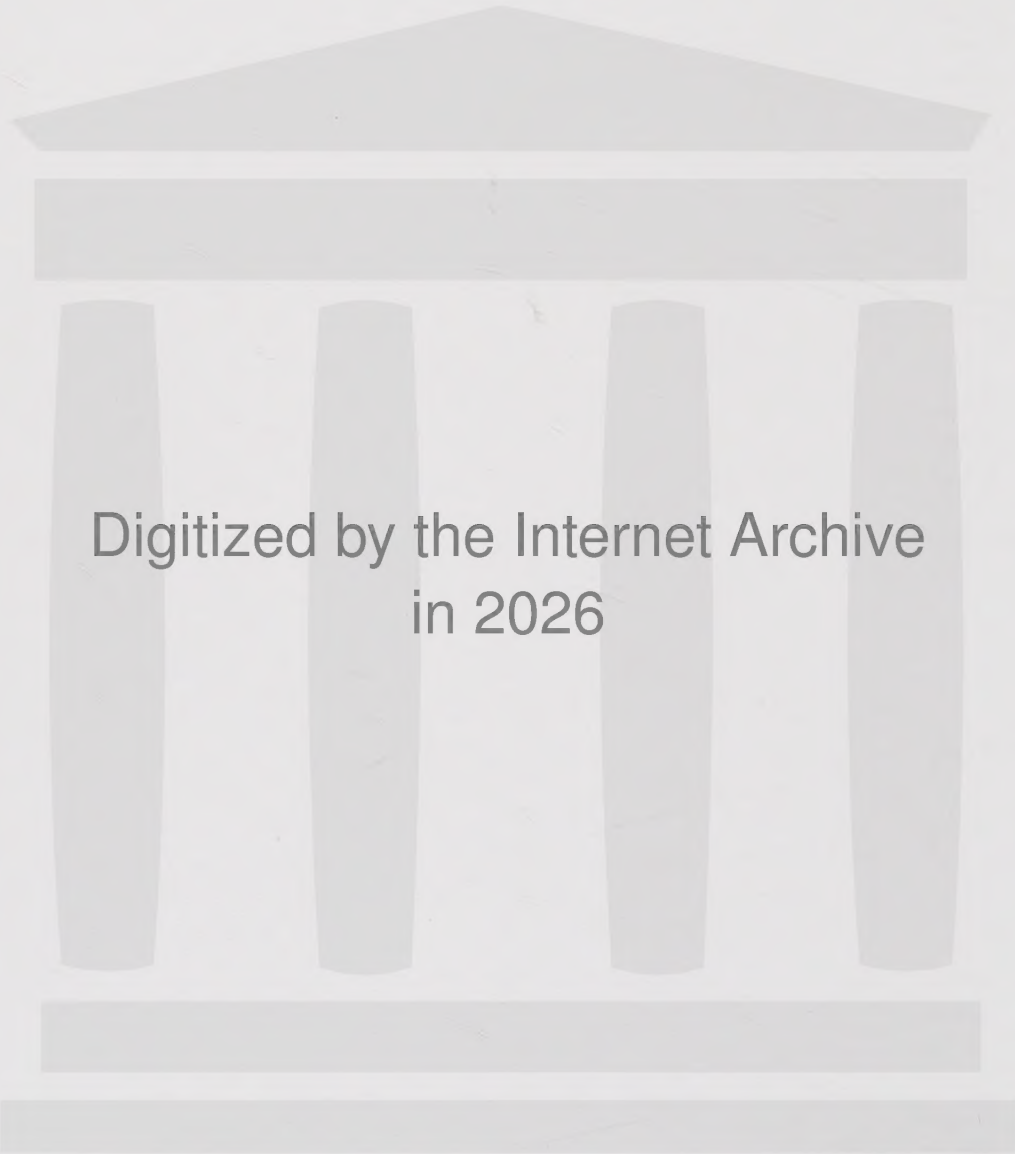
et soutenue publiquement le 21 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Sylvain MALTAVERNE

né le 3 Juin 1942



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554206_0093

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
UNITÉ D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
DE MÉDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1976 - N°

**ESSAI D'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE
INDIVIDUELLE ET INSTITUTIONNELLE
DE LA RELATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE
EN MILIEU PENITENTIAIRE**

THÈSE

présentée

à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD de LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Sylvain MALTAVERNE

né le 3 Juillet 1949

à MONTCEAU-LES-MINES (Saône-et-Loire)

U.E.R DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : Mr. le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Mr. le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : Mr. P. PONCET, Maitre-assistant

Troisième Vice-Président : Mr. M.H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général : Mr. J. RAMBAUD, administrateur civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R)

MEDECINE	-	Grange-Blanche	-	Dr. B. SALLE, Maitre de Conférences
		Alexis Carrel	-	Mr. le Professeur C. GIROD
		Lyon-Nord	-	Mr. le Professeur J.P. GARIN
		Sud-Ouest	-	Mr. le Professeur J.M. ROBERT

Techniques de réadaptation - Mr. A. MORGON, Maitre de Conférences

Biologie humaine - Mr. le Professeur J.C. CZYBA

Education Physique et Sportive - Mr.A.MILLON, Professeur d'E.P.S

Sciences Odontologiques - Mr. le Docteur R. VINCENT

Mathématiques - Mr. le Professeur H. BUCHWALTER

Physique - Mr. le Professeur R. UZAN

Chimie et Biochimie - Mr. le Professeur J. HUET

Sciences de la Nature - Mr. le Professeur J. BRUN

Sciences Physiologiques - Mr.R. FONTANGES, Maitre de Conférences



Physique Nucléaire - Mr. le Professeur A. SARAZIN

Mécanique - Mr. le Professeur J. MATHIEU

Observatoire de LYON - Mr. le Professeur J.H. BIGAY

I.U.T 1 - Mr. le Professeur B. POUYET

I.U.T 2 - Mr. J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

U.E.R DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

PROFESSEURS TITULAIRES

Mrs. BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GIRARD Paul	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène Mentale
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Travail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale Maladies de l'Appareil Digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mrs. BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques Statistiques Informatique
VIALLIER-RAYNARD J.	Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mrs. ARCHIMBAUD Jean Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie générale
BERTRAND Jean Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs. BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Régis	Neuro-psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean Paul	O.R.L
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOMBARD PLATET Roger	Séméiologie chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALIARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie générale
REVILLARD Jean Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERMET Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean Marie	Gynécologie Obstétrique
TOUBOUL Paul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président

Monsieur le Professeur P. GIRARD

Assesseurs

MM. le Professeur COLIN

le Professeur agrégé VEDRINNE

Le Professeur agrégé J. HOCHMANN

le Docteur BROUSSOLLE

le Docteur ROLLAND

A MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MON GRAND-PERE

A MA FAMILLE

A MA FEMME

A NOTRE FILLE

A TOUS NOS AMIS

A TOUS LES DETENUS
SURVEILLANTS
PERSONNEL SOIGNANT

DU CMPR DES PRISONS DE LYON

A Monsieur GAYRAUD

Directeur Régional des Services Pénitentiaires

A Monsieur OSSOLA

Directeur des Prisons de LYON

QUI NOUS ONT PERMIS DE REALISER CE TRAVAIL

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. GIRARD

Nous savons l'intérêt qu'il porte à ce problème du milieu pénitentiaire. Il nous a souvent parlé de sa propre expérience de soignant à la Prison.

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait, d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur COLIN

C'est lui qui nous a incité à faire ce travail. Il a bien voulu consacrer une partie de son temps à nous faire profiter de sa large expérience du milieu carcéral.

Qu'il veuille bien trouver dans cette thèse, aussi imparfaite soit-elle, l'expression de notre admiration et de notre dévouement.

Monsieur le Professeur agrégé VEDRINNE

Il a bien voulu faire partie de notre Jury.

Nous avons pu apprécier ses grandes qualités relationnelles en travaillant avec lui, ainsi que sa connaissance du monde de la délinquance.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur agrégé J.HOCHMANN

Nous avons pu apprécier ses grandes qualités intellectuelles et l'élégance du style de ses ouvrages.

A la lecture de cette thèse, sur un sujet qu'il connaît bien, qu'il veuille bien pardonner notre maladresse.

Nous nous sentons très honorés qu'il ait bien voulu être notre juge. Qu'il accepte l'expression de nos remerciements.

Monsieur le Docteur BROUSSOLLE

Il a permis ce travail en nous introduisant dans le milieu carcéral et en y guidant nos premiers pas.

Nous avons pu apprécier sa bonté lors de notre stage d'interne dans ses services.

Nous le remercions de l'intérêt qu'il a porté à l'élaboration de ce travail.

Nous souhaiterions lui dire notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur ROLLAND

Cette thèse lui doit beaucoup.

Il a bien voulu accepter la tâche ingrate de suivre la réalisation de ce travail. Il nous a largement inspiré en nous livrant ses propres considérations sur un sujet qu'il connaît bien, en nous prodiguant de nombreux conseils.

Ce faisant, nous avons pu apprécier l'originalité de sa pensée et son immense culture.

Nous espérons ne pas le décevoir et le remercions très sincèrement.

INTRODUCTION

Ce travail est né d'une double expérience institutionnelle : interne dans un service de psychiatrie, nous eûmes la chance de pouvoir accompagner, dans ses vacations, le Médecin-chef, également médecin du Centre Médico-psychologique Régional de la Prison St Paul à LYON.

Très rapidement, les qualités particulières de la relation médecin-détenu, retinrent notre attention jusqu'à tenter d'en faire l'objet de cette thèse.

Disposant d'un matériel clinique peu abondant, nous avons néanmoins essayé de réaliser une approche psychodynamique de cette relation.

Il nous a paru alors possible d'en étendre les conclusions aux différents niveaux relationnels de l'Institution Pénitentiaire.

A travers cette étude, il s'agit bien sûr d'une découverte de l'Univers carcéral. Pour l'exprimer nous avons dû emprunter à de nombreux auteurs, résumer ou bien citer beaucoup de choses déjà exposées.

Qu'on veuille bien nous le pardonner : la Prison, si elle est un lieu privé de communication, incite beaucoup à parler d'elle, tout en limitant terriblement les moyens d'expression.

De cette difficulté, nous espérons cependant en avoir approché les causes au terme de ce travail.

P L A N

INTRODUCTION

CHAPITRE I

L'Annexe Psychiatrique de la Prison St Paul

CHAPITRE II

Les entretiens

CHAPITRE III

Essai de théorisation

CHAPITRE IV

L'Annexe Psychiatrique, univers de persécution

CONCLUSIONS

CHAPITRE I

L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE DE LA PRISON ST PAUL DE LYON

Il s'agit, en fait, d'une dénomination abandonnée au profit du "SMPR" : Service Médico-Psychologique Régional.

Nous avons préféré conserver ce terme, car il est encore couramment employé par les membres de l'institution et, par ailleurs, il nous a paru beaucoup plus représentatif de la réalité de ce service.

Avant de le décrire, il serait intéressant de faire un bref rappel historique de ses origines.

I - HISTORIQUE

Il semble bien que dès le XIX^{ème} siècle, le Médecin puis le psychiatre, ont pris place dans l'univers pénitentiaire. A cette époque, marquée par le développement d'une Médecine Anatomique Clinique, ils laissèrent de nombreux travaux descriptifs tant des détenus (LOMBROSO, etc...) que des structures carcérales (Cf. Charles PERRIER) "La Maison Centrale de Nîmes".

C'est à l'instigation de la Loi de Défense Sociale promulguée en Belgique en 1930, qu'une "proposition de Résolution" fut présentée la même année en France par BLACQUE, BELAIR et CELLIER, pour "la création d'Annexes Psychiatriques dans les Prisons".

Il faut cependant attendre 1944 pour voir la constitution d'une Commission de Réforme de l'Administration pénitentiaire et dans la séance du 12 Juillet 1946, Mr. AMOR, Directeur

Général de l'Administration Pénitentiaire, définit la fonction des Annexes Psychiatriques :

"Elles ont pour but d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires, c'est à dire : les alcooliques, les déséquilibrés, les pervers, les toxicomanes, les épileptiques.

Il s'agit, en effet, de sujets présentant des troubles mentaux qui ne suppriment que partiellement leur responsabilité. En général, ils ont commis leur délit en dehors d'un état de crise et leur psychopathie en principe n'est pas apparente...

A l'heure actuelle, ce dépistage est fait par des expertises mentales qui sont ordonnées par le Juge d'Instruction, soit spontanément, soit à la requête des avocats. Cette manière de procéder est hasardeuse. Il faut la remplacer par le dépistage systématique. Ce sera la fonction essentielle des Annexes Psychiatriques auprès des Prisons.

Au lieu que les expertises soient laissées à la seule initiative des Juges et des Avocats, elles seront proposées par le Psychiatre de l'Annexe Psychiatrique où auront été examinés tous les détenus de l'établissement.

Suivant le développement donné à ces Annexes Psychiatriques, celle-ci pourront aller de la simple infirmerie psychiatrique, jusqu'au laboratoire complet.

Ainsi, sont créées ces premières Annexes Psychiatriques RENNES en Mars 1947, puis TOULOUSE, LOOS et LILLE.

Il s'agit donc, pour reprendre la formule employée, d'un "dépistage systématique" des détenus présentant des troubles mentaux, par les Médecins des Annexes Psychiatriques, c'est-à-dire un examen psychologique de tous les détenus de l'établissement. En quelque sorte, une fonction d'épuration des déviants, parmi les déviants.

A RENNES, ce travail est confié aux Médecins de l'Hopital Psychiatrique et Anne Marie CONAN-OLLIVIER, dans sa thèse, note : "la psychothérapie est conseillée au médecin de la prison, s'il y a lieu...".

Il faut attendre 1955, le congrès de GENEVE des Nations Unies où est présenté un rapport d'un cycle d'étude de l'O.M.S et des Nations Unies "pour la prévention du crime et le traitement des délinquants".

Ce rapport va inspirer le Nouveau Code de Procédure Pénale (loi n° 57/1426 du 31/12/1957 et ordonnance n° 58/1296 du 23/12/1958).

On y remarque l'article 81 : "Le Juge d'Instruction procède, ou fait procéder soit par des officiers de Police Judiciaire, soit par toute personne habilitée par le Ministre de la Justice, à une enquête sur la personnalité des inculpés, ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale... Le Juge d'Instruction peut prescrire un examen médical, confier le soin à un médecin de procéder à un examen médico-psychologique ou ordonner tout autre mesure utile. Si cet examen est demandé par l'accusé ou son conseil, il ne peut les refuser que par ordonnance motivée".

Il s'agit là du "dossier de personnalité" qui a pour objet "de fournir à l'autorité judiciaire sous forme objective et sans en tirer des conclusions touchant à l'affaire en cours, des éléments d'appréciation sur le mode de vie présent et passé de l'inculpé".

Ce dossier de personnalité paraît destiné au seul Juge d'Instruction dans un unique but d'information.

En ce qui concerne la psychiatrie dans l'organisation sanitaire en milieu Pénitentiaire, quelques articles préconisent :

- des consultations d'Hygiène Mentale dans chaque Maison d'Arrêt, effectuées par des médecins, après autorisation délivrée à titre nominatif par le Directeur Régional des Services Pénitentiaires sur la proposition du Directeur Départemental de la Santé (D 395).

- D 397 "Des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le Ministre de la Justice, sur proposition du Directeur Régional et après avis du préfet.

Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique. Par ailleurs, les détenus incarcérés dans d'autres établissements et paraissant atteints d'anomalies ou de déficience mentale, peuvent être transférés sur avis médical, aux fins d'observation ou de traitement. Leur transfert est décidé par le Directeur Régional, après accord, ou à la demande du magistrat saisi du dossier de l'information s'il s'agit de prévenus. L'autorité judiciaire peut également prescrire la mise en observation de prévenus dans les dits services".

- D 398 "Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire : sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation en la matière, il appartient au Préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-même et pour autrui.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D 386, concernant la surveillance par un personnel de police pendant leur hospitalisation.

Ce dernier article souligne le fait déjà clair que l'administration ne prend pas en charge les détenus malades mentaux. Qui s'occupera donc alors de la part d'irresponsabilité reconnus à certains détenus par l'expertise mentale ?

Comme le remarque P. SIZARET dans son rapport "Psychiatrie et Milieu Pénitentiaire" à propos de ces textes : "L'étape ultérieure proprement thérapeutique qui amènerait le psychiatre à participer positivement au traitement pénal et post-pénal est beaucoup moins codifiable et suppose une disponibilité médicale qui est rarement suffisante".

Que faut-il entendre par disponibilité médicale ? Un plus grand nombre de soignants seulement, ou bien encore une réelle disponibilité de ces soignants face aux détenus, rendue impossible par le contexte institutionnel ?

Dans ce même rapport, SIZARET donne les résultats d'une enquête effectuée en 1967 par questionnaires adressés aux psychiatres travaillant dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français. Il en ressort que :

- 1/ La chimiothérapie est possible et réalisée le plus souvent.
- 2/ Les cures psychologiques et psychothérapiques sont infiniment plus rares.
- 3/ Les psychothérapies de groupe sont à peu près inexistantes (le CMPR de LYON fut l'un des premiers à instaurer avec succès ce mode de thérapie, dès 1960).

Voici donc ce que disent les textes.

Qu'en est-il maintenant de l'Annexe Psychiatrique de la Prison ST PAUL de LYON ? créée officiellement sur décision du Ministère de la Justice le 25.01.1950.

Nous n'en reprendrons pas la description complète, déjà faite par le Dr. BEDAT dans sa thèse en 1964. Nous rappellerons brièvement certaines caractéristiques et rapporterons certains changements survenus depuis lors.

II - LES LIEUX

La Maison d'Arrêt de LYON est, en fait, constituée par 2 bâtiments indépendants.

- La Prison St Joseph qui renferme environ 200 détenus, en majorité des JA (jeunes adultes de 18 à 21 ans).

- La Prison St Paul, la plus importante, contient environ 400 détenus en incarcération préventive (avant le jugement) et purgeant des peines courtes : 2 ans maximum. Les peines plus longues étant transférées en Centrale.

Elle fut construite en 1896 selon le système rayonnant : 6 bâtiments disposés en rayons autour d'une rotonde centrale. Chaque élément comprend 3 étages.

L'un de ces bâtiments, où se trouve le greffe, fonctionne comme une sorte de sas dans lequel le nouvel entrant devra franchir 6 grilles depuis l'extérieur (une grille ne s'ouvrant qu'une fois la précédente refermée) avant d'atteindre la rotonde, dans laquelle s'ouvre chaque bâtiment. Celle-ci contient le poste central de surveillance avec, aux étages supérieurs, le parloir des avocats et la chapelle.

Le SMPR est installé dans l'un de ces bâtiments : on y parvient en franchissant une nouvelle grille : c'est l'infirmierie au rez-de-chaussée avec tout son équipement de soins somatiques. Une deuxième grille donne accès aux 2 étages supérieurs qui constituent l'Annexe Psychiatrique.

Au premier, se trouvent les locaux médicaux : le bureau du surveillant, 3 cellules désaffectées, aménagées très sommairement en bureau où ont lieu les entretiens psychiatriques (y compris les expertises mentales), une salle de soins, une salle de réunion.

Le deuxième étage est constitué par un certain nombre de cellules "d'hospitalisation", pourrait-on dire, destinées aux détenus présentant des troubles mentaux et nécessitant une observation.

III - LES DETENUS

Il peut s'agir de détenus de n'importe quel bâtiment voire n'importe qu'elle autre maison d'arrêt de la région pénitentiaire. L'admission se fait sur certificat médical du médecin de la prison, après accord du Directeur de l'Etablissement.

Ils pourront, par la suite, soit réintégrer leur cellule d'origine, soit être transférés (Hopital psychiatrique ou Hopital prison), cette dernière éventualité nécessitant une longue procédure administrative.

IV - LE PERSONNEL SOIGNANT

Il comprend :

- 1 surveillant

Les surveillants de l'Annexe, ont choisi ce poste après avoir effectué un stage dans un service d'hôpital psychiatrique et satisfait à un examen d'aptitude faisant suite à un enseignement théorique organisé à la prison même.

Ils constituent donc une catégorie à part dans la classe des surveillants, portent blouse blanche et font un travail de soins infirmiers en plus de leurs attributions ordinaires.

- 1 infirmière psychiatrique qui, en plus des soins, à la lourde tâche de coordonner les activités de l'Annexe et de faire un travail de secrétariat (dossiers, certificats, archives, etc...).

Elle partage d'ailleurs l'un des trois bureaux avec les médecins.

- les servants

2 ou 3 détenus logeant à l'Annexe et effectuant le travail d'entretien des locaux.

- 2 internes qui partagent leur temps entre l'Annexe psychiatrique et la prison St Joseph, étudiants de fin d'études avec orientation psychiatrique.

- 1 psychiatre à mi-temps

- d'autres psychiatres vacataires venant en général une fois par semaine.

- 1 psychologue.

V - FONCTIONS

1/ L'hospitalisation

Nous avons déjà vu que l'une des activités de l'annexe était centrée sur l'observation et le traitement des détenus hospitalisés, détenus, comme le remarque le Dr. AUBERGER dans sa thèse, "dont le comportement ou la sécurité nécessitent une surveillance et une présence médico-psychologique", c'est à dire dont le comportement est incompatible avec la détention normale.

2/ Les consultations d'Hygiène Mentale

Que le Dr. BEDAT distingue en 2 classes, selon l'origine de la demande :

- "approche formelle"

Il s'agit d'une sélection sur pièces : dossier, délit. Le juge d'instruction, l'avocat ou l'inculpé lui-même demandent l'examen médico-psychologique en vue de la constitution du dossier de personnalité, cité plus haut.

- "approche non formelle"

Le comportement de tel détenu a intrigué les surveillants, l'assistante sociale, les infirmières, le généraliste qui le "signalent" aux psychiatres. Il faut préciser qu'il n'y a pas d'obligation de soins, mais "conseil" de consultation.

Le détenu lui-même demande une consultation.

3/ Nous ajouterons les expertises mentales

de l'article 64 qui sont effectuées par des médecins experts désignés par l'Autorité Judiciaire, indépendamment de l'Administration Pénitentiaire. Ces expertises ont lieu dans les bureaux médicaux de l'annexe.

Cette unité de lieu (et souvent de médecins) n'est pas sans prêter à confusion dans l'esprit des détenus, face aux médecins dans ces bureaux : "Est-il là pour faire un diagnostic, juger ou pour soigner ?"...

Il serait sans doute intéressant de faire une étude statistique de ces consultations d'hygiène mentale et des "hospitalisations" en étudiant des variables, telles que le pourcentage des détenus utilisant l'annexe, la pathologie rencontrée, le nombre et la durée des prises en charges, le turn-over de l'hospitalisation, etc... mais là, n'est pas notre propos et nous aimerions présenter maintenant notre approche personnelle de l'Annexe Psychiatrique à travers le travail que nous y avons fait.

Cependant, pour conclure ce chapitre, nous aimerions mettre en valeur deux constatations qui s'en dégagent :

1/ Tout d'abord, les textes du nouveau code de procédure pénale mettent l'accent sur la fonction de dépistage des détenus présentant des troubles mentaux, fonction de sélection, voire d'épuration orientée vers un but de jugement (Art. 64), mais aussi de modalité de traitement pénal, compatible ou non avec les structures pénitentiaires. Comme le fait remarquer P. HIVERT "le Psychiatre, dans l'institution carcérale, apparaît comme un pourvoyeur de l'expertise". On lui montre les "éléments perturbateurs en vue d'une exclusion possible".

Le traitement proprement dit des troubles mentaux s'il est abordé dans les textes, reste facultatif et se limite à une observation puis à un transfert dans un autre établissement si nécessaire.

Ce traitement, malgré tout, est effectué dans des conditions peu favorables et il faut louer ici le personnel de l'Annexe.

Ce traitement comprend :

- Chimiothérapie

Il est possible de prescrire la plupart des psychotropes qui sont distribués toutefois de façon autoritaire : comprimés écrasés dans les potions, avalés à heures fixes, (souvent mal adaptées) devant le surveillant, afin d'éviter un stockage.

Cependant, le détenu reste libre de refuser son traitement.

- Psychothérapie individuelle.

- Psychothérapie de Groupe enfin, dont on parlera plus loin.

2/ La deuxième remarque est la mise à l'écart de l'Annexe psychiatrique du reste de l'institution : mise à l'écart spatiale (Cf. description des lieux), administrative et relationnelle. Il semble bien qu'il y ait un rejet uniforme des "barjos" (fous dans le langage des prévenus) et de ceux qui s'en occupent par les détenus eux-mêmes et par le personnel pénitentiaire.

Comme le dit Simone BUFFARD dans son livre "le Froid Pénitentiaire" : "lorsqu'un surveillant de prison affecté à l'Annexe Médico-psychologique endosse pour la première fois la blouse blanche, tout en gardant la casquette, il devient, aux yeux de ces collègues, autant qu'à ceux des détenus, un être ambigu, présentant l'aspect légèrement répugnant qu'ont les monstruosité de la nature"...

CHAPITRE II

LES ENTRETIENS

Nous entrâmes à la Prison en 1974, pour effectuer une vacation (un après-midi par semaine) sous la responsabilité du Docteur BROUSSOLLE, Médecin Psychiatre du SMPR, avec l'aimable autorisation de Monsieur GAYRAUD, Directeur Régional du Service pénitentiaire et de Monsieur OSSOLA, Directeur des Prisons de LYON, autorisation concrétisée par un laissez-passer dûment contrôlé à chaque entrée.

A cette époque, le personnel de l'Annexe psychiatrique ne comptait ni internes, ni infirmière et tout le travail (soins aux "hospitalisés", consultations psychiatriques diverses) était assuré par les seuls vacataires.

Devant le nombre très élevé des demandes de consultation, nous ne pouvions malheureusement qu'essayer d'en satisfaire le plus grand nombre. C'est à dire que les entretiens ne pouvaient qu'être limités et que notre désir de suivre ces patients était contraint par le sur-nombre. Le même patient n'était vu en moyenne, qu'une fois tous les 15 jours, rarement une fois par semaine.

En effet, chaque semaine, une liste nouvelle "de détenus à voir" nous était fournie par le surveillant : nouveaux entrants, détenus signalés, détenus ayant demandé par lettre la faveur d'une consultation, etc...

Il y avait donc, d'emblée, un obstacle à la mise en route d'une prise en charge thérapeutique convenable. De plus, beaucoup de détenus étant en prévention, il n'était pas rare qu'au troisième entretien, on nous réponde que Mr. X. avait été transféré.

Cependant, depuis deux ans déjà, un interne puis deux actuellement, sont employés à plein temps par l'Administration pénitentiaire. De même une infirmière psychiatrique a pris une place indispensable dans l'annexe.

Ces internes assurant les nouvelles consultations (puisque sur place tous les jours) et, surtout, le nombre des médecins consultants d'hygiène mentale ayant pratiquement doublé, il est devenu possible d'effectuer des prises en charge régulières, durables, à la merci, cependant, d'un changement administratif.

Les premiers entretiens qu'il m'ait été donné d'avoir avec les détenus à l'Annexe psychiatrique, restèrent donc limités en moyenne à 5 ou 6 avec chaque détenu.

On voit là un paradoxe : l'administration pénitentiaire soucieuse de montrer tous les cas suspects résidant dans l'établissement, mais indifférente à leur sort, dès que le transfert a été décidé.

C'est, cependant, le déroulement de ces premiers entretiens qui retint notre attention. Venant de l'Hopital psychiatrique où nous travaillions les matins comme interne, il nous semblait que ce moment de "l'accrochage relationnel" se différenciait nettement de ce que nous connaissions à l'hopital. Nous avons essayé d'en distinguer les caractéristiques au travers de quelques extraits d'entretiens avec plusieurs détenus, que nous essaierons de rapporter ici.

Précisons que ce choix a été fait au hasard et que ces détenus venaient en consultation d'eux-mêmes, ou bien conseillés. "Après signalement", quelques uns étaient "hospitalisés" à l'annexe. La plupart, non.

Les entretiens se déroulent dans l'une de ces trois cellules citées plus haut, c'est à dire que les portes sont percées de judas par lequel toute personne passant dans le couloir peut regarder dans la pièce. Par ailleurs, dans le cadre de l'humanisation des prisons, chaque cellule (y compris les bureaux) était dotée d'un appareil de radio mural servant également d'interphone. Tous ces appareils sont reliés au poste central. Il est donc possible de voir, mais également d'écouter ce qui se passe dans les bureaux.

Pour le reste du décor, il s'agit d'une cellule banale avec un mobilier très fonctionnel, de récupération : 1 bureau ou 1 table, 2 chaises, 1 armoire métallique et, luxe, dans l'une des pièces, "le divan de l'analyste", symbolisé par une haute table d'examen, recouverte d'une paillasse !

Les détenus sont appelés dans leur bâtiment respectif par le surveillant de l'annexe et attendent leur tour, enfermés dans la salle de réunion face aux bureaux.

Lorsqu'ils entrent, conduits par le surveillant, la première réaction de beaucoup de détenus est de vérifier si la porte est bien fermée. Par la suite, la plupart se retournent fréquemment vers le judas ou vers l'interphone.

Certains se lèvent et mettent l'appareil de radio en sourdine interdisant de la sorte une écoute possible.

Ces comportements tendent à s'estomper par la suite.

Leur attitude est également remarquable, hésitant à s'asseoir, regardant autour d'eux, scrutant leur interlocuteur.

Il est très difficile de faire démarrer l'entretien, chaque question n'obtenant qu'une réponse réservée. Tout, dans ce comportement méfiant, défensif, évoque une question : "Qui êtes-vous, que me voulez-vous, qui vous envoie ?".

C'est, en tous cas, le vécu que nous avons eu le plus souvent.

Les demandes, quand il y en a, sont, en général, suscitées par la vie carcérale : insomnie, difficultés à supporter ce rythme de vie.

Les entretiens décevants s'achèvent le plus souvent sur une prescription médicale mais la proposition faite de les revoir, semble généralement volontiers acceptée par les détenus venus d'eux-mêmes et rarement refusée par les "signalés".

Les séances suivantes sont plus riches et les détenus parlent plus abondamment, souvent de façon agressive.

- Mr. PAS. : prévention : "Pourquoi voulez-vous me voir ? Qu'est-ce qu'on vous a dit ? Je ne suis pas "barjo" (fou). Si je suis ici (à l'annexe), c'est que je ne peux pas supporter la prison. Vous trouvez que c'est drôle vous ? A l'annexe, on est tranquille, alors laissez nous tranquille...".

- Mr. PRO. : prévention : "Je ne suis pas malade. J'ai des insomnies. Donnez-moi quelque chose pour dormir, mais pas toute la journée. Je ne veux pas être drogué. Je ne dors pas parce que je gamberge, tout le monde gamberge en prison".

Puis, imperceptiblement, quelque chose change dans la relation : les détenus se mettent à parler de leur passé psychiatrique (car, beaucoup, en ont un effectivement et ont connu déjà bien d'autres institutions avant la prison), mais, surtout, des médecins qu'ils ont rencontrés.

- Mr. PAS. : "Les médecins, c'est des salauds, ils m'ont gardé 15 ans quand j'étais gosse. Je ne suis pas fou et ils verront bien. J'alerterai l'opinion publique. Je vais faire une connerie, je n'ai plus rien à perdre".

- Mr. PRO. : "Je ne suis pas fou, je suis déséquilibré : un jour une idée me passe par la tête, le lendemain, je me dis "ça va pas". J'en ai conscience. J'ai tout raté parce que je suis resté des années enfermé dans un Hopital en Alsace. Un médecin qui ne me connaissait pas, a dit que j'étais fou furieux et je suis parti et je suis arrivé là".
- Mr. COU. : "J'ai passé 3 ans à Prémontrey (institution d'adolescents caractériels). 3 ans perdus. Il n'y a plus rien à faire.
Des soins ? Ils s'en foutaient là-bas. Le psychiatre serrait les mains..."
- Mr. PER. : "A 15 ans, on m'a mis à Cadillac (Hopital de sécurité) J'y suis resté 2 ans et 8 mois. Y' avait intérêt à se taire, Y' avait des verres de sécurité, des portes dans tous les sens".
"Y' avait une commission de 18 médecins qui votaient la sortie. Mais, pour sortir, il fallait qu'il y en ait un autre qui rentre.
400 gouttes par jour, on me donnait.
Voir le Médecin ? Pour dire quoi ? 400 gouttes déjà...
Ils sont venus me chercher à 4 heures du matin, ils m'ont sauté dessus. Ils m'avaient drogué déjà... Les toubibs, y racontent des conneries. Ils ont dit que j'étais parano, je ne leur avait rien dit ! Ce qui m'a énervé, c'est qu'il (le médecin) s'adressait à l'autre (l'infirmier) : avec moi, rien. Ils avaient peur de moi, alors moi, je voyais rouge comme un brouillard. Ils ne discutent pas.
Ils voulaient que j'aille à l'Hopital psychiatrique de Chambéry. J'ai dit "Ramenez-moi à la prison, c'est du cinéma. Je veux aller à l'Hopital de moi-même".

Je préfère être reconnu responsable. L'Hopital psychiatrique, y' a des micros partout, les infirmiers font des rapports. A Cadillac, j'avais changé, le Médecin, il ne m'a pas reconnu. A Cadillac, c'est les dangereux, on les écarte. A Cadillac, on n'existe plus. Les cellules, ici, c'est zéro à côté. On est mort là-bas, on n'a pas la force de parler".

- Mr. MAT. : "Je suis en prison depuis 1 an. J'ai fait 7 mois d'asile. A la prison, on se méfie du personnel, des gardiens. A l'Hopital, on se méfie des Infirmiers. Devant le médecin, on ne pense qu'à une chose, lui en dire le moins possible : moins on en dit et mieux ça vaut... Ici, vous c'est différent, le médecin n'est pas à sa place..."

Cette dernière observation nous paraît importante car elle représente un temps-charnière, un compromis, une élaboration.

Après avoir critiqué les médecins persécuteurs, les institutions mauvaises qui ressemblent étrangement à la prison (les micros, les rapports, etc...), une place à part, privilégiée est faite au médecin interlocuteur. C'est souvent à ce moment que se formule réellement une demande, ou le détenu semble accepter la relation, demander des soins, une prise en charge.

- Mr. PRO. : "C'est pour la nuit : je pense. Il me faudrait un médicament qui m'empêche de penser à la prison, aux murs".
- Mr. VER. : "Je ne suis pas "barjo". J'ai des crises dans une cellule, avec les gardiens. Je me rend compte que je suis malade. Je veux me faire soigner. Ils m'appellent Mitou le fou, ils disent que je suis "barjo". Y' a des gens complètement "barjo" "

- Mr. COU. : "Personne ne peut sentir comme on souffre ici. Vous, vous pouvez le voir, vous en apercevoir, pas le sentir. Il n'y a que nous. Je voudrais un traitement, de l'Artane ; quand j'en prend, c'est le flash, puis le calme. Je sais bien que c'est une drogue, vous pouvez m'en donner".

A ce moment le transfert semble devenir nettement positif. Le médecin devient le bon samaritain qui vient du dehors, à qui on raconte tout, on demande tout. Les regards furtifs vers le judas ou l'interphone s'accompagnent d'un clin d'oeil à son égard, comme à un complice...

Il nous a semblé que l'on pouvait ainsi définir 3 temps de cet "accrochage relationnel" :

- un premier temps de méfiance, d'hostilité
- un deuxième temps de critique, des mauvais médecins (les autres) et de déni de la maladie.
- un troisième, enfin, où le détenu peut faire une demande, se confier au bon médecin. "Guérissez-moi de la prison!".

Bien sûr, les quelques extraits rapportés ici ne peuvent pas convaincre d'une généralité, mais ces entretiens nous ont paru assez caractéristiques en les comparant à ceux dont nous avons l'habitude à l'Hôpital psychiatrique.

Il nous semble en effet que les premiers entretiens à l'Hôpital psychiatrique, sont surtout marqués pour la plupart, par une sorte de passivité, de soumission du malade déjà complice de la relation médecin-malade dans l'institution asilaire. Il faut remarquer que, le plus souvent, le malade rentrant à l'Hôpital psychiatrique a déjà été étiqueté malade mental au dehors, dans son milieu socio-professionnel, familial, dans les diverses institutions ou par les divers spécialistes qui l'ont déjà examiné.

Les jeux sont faits, il n'a plus à lutter et, puisque l'exclusion, le rejet, est déjà réalisé, il lui faut jouer son rôle de réfugié dans l'asile.

Nous nous sommes donc interrogés sur cette situation nouvelle pour nous, la relation médecin-détenu en psychiatrie.

- le détenu d'abord : quel bouleversement peut se produire dans sa personnalité.

Cet évènement traumatisant qu'est l'arrestation puis l'incarcération.

Quel changement représente le statut, la condition de détenu ? ...

- Le médecin : qu'est-ce qui l'amène à quitter ses lieux d'exercice habituels, connus, confortables, pour franchir ces 8 grilles jusqu'à la cellule. Que vient-il faire face à ce délinquant, que ressent-il, qu'espère-t-il ?

- L'institution carcérale enfin, scène de cette relation. N'est-elle pas aussi le principal acteur dans les coulisses, le metteur en scène, voire l'auteur de par sa dimension sociale, de cette pièce : drame antique, tragédie, comédie ?

Cette atmosphère théâtrale nous a paru marquer d'une certaine façon la suite des entretiens. Nous n'étions pas tenté d'aborder cette évolution déroutante par sa complexité. Par ailleurs, il s'agit là d'un travail trop important pour lequel nous n'avions pas les moyens de rassembler un matériel clinique suffisant (trop grand nombre de consultants, soudaineté des transferts rendant difficile une prise en charge régulière et continue).

Cependant, après l'arrivée des internes, nous avons pu continuer à suivre régulièrement quelques détenus.

En même temps, afin de pallier à ce manque, nous avons consulté divers ouvrages se rapportant à la poursuite de cette relation, en particulier celui de J. HOCHMANN "La relation clinique en milieu pénitentiaire".

Rappelons en brièvement les principaux aspects :

1/ La relation théâtrale (la simulation pour certains) où le détenu joue et le médecin regarde, sorte d'échange exhibitionniste, voyeuriste, perversion de la communication.

2/ La relation morale que J. HOCHMANN distingue en :

- utilitaire : sorte de manipulation du médecin afin d'en obtenir des bénéfices concrets.
- phallique-narcissique : où le médecin, père protecteur est substitué au Juge, père castrateur.
- disculpatrice : où le médecin soignant les troubles mentaux du malade fait reconnaître l'irresponsabilité réelle et surtout fantasmatique du détenu.
- sado-masochiste : où le médecin devient bourreau afin que le détenu expie de manière adoucie une culpabilité fantasmatique terrifiante.

3/ La relation Civile ou égalitaire : le médecin devient l'ami, venu du dehors, son appartenance à l'institution pénitentiaire étant alors déniée.

4/ La relation orale enfin où le médecin devient une bonne mère, dispensateur de bonnes drogues, de bons soins, neutralisant les mauvais effets de l'institution.

On pourrait également parler de relation homosexuelle en miroir, de séduction, etc...

Ce qui paraît étonnant surtout, c'est la facilité avec laquelle le médecin adhère à ses rôles proposés, pris lui-même dans le jeu d'une communication perversie.

J. HOCHMANN parle dans un autre article (Institution et Principe de Mort "Le traitement dans le service pénal"), de la "perversion parodique" des échanges à la prison, "comme si la vie qui essayait de renaitre n'avait droit de cité que sous forme de parodie".

La Prison, lieu de non communication où la parole est suspecte, interdite, le temps figé, l'espace retréci jusqu'à une privation d'espace propre, le plaisir interdit, la Prison n'est-elle pas la description que fait GOFFMANN de l'institution totalitaire dont la situation autoritaire, répressive, est le modèle de fonctionnement.

On comprend mieux alors la méfiance, l'hostilité du détenu face au médecin, travaillant pour l'institution pénitentiaire, lors des premiers entretiens.

Cette atmosphère de méfiance semble imprégner toute l'institution et ses membres et, nous pensons, que le médecin n'y échappe pas.

Elle est génératrice d'un langage souterrain, perversi, nouveau code, agi, théâtralisé, témoin des "adaptations secondaires" de GOFFMANN.

N.B : nous sommes conscients de la minceur et de la précarité du matériel clinique rassemblé ici et nous nous en excusons auprès du lecteur.

Cependant, pour notre défense, nous aimerions faire quelques remarques :

- comme nous l'avons déjà dit, l'idée de ce travail nous est venue à une époque où nous devions, avant tout, répondre aux nombreuses demandes de consultations.

- l'accrochage réactionnel est un moment capital de la relation et nous devions être "à l'écoute du patient".

- prendre des notes, enregistrer l'entretien à un moment aussi délicat, nous a paru tout à fait incongru, voire dangereux, dans ce climat de méfiance régnant dans la prison.

Aussi bien, la plupart des extraits rapportés ici ont été retranscrits après coup, à la hâte, entre deux entretiens, ou, le plus souvent, à la fin de ceux-ci.

Nous n'avons donc rapporté ici que les instants les plus significatifs à notre esprit, en espérant que l'on voudra bien nous pardonner ce manque de rigueur méthodologique.

CHAPITRE III

ESSAI DE THEORISATION

Dans le précédent chapitre, nous avons reconnu 3 temps de l'accrochage relationnel.

- méfiance
- critique des mauvais médecins et déni de la maladie
- le bon médecin guérissant de la prison.

Puis, nous avons évoqué dans la poursuite des entretiens, divers aspects de la relation détenu-médecin que l'on serait tenté de regrouper sous une même caractéristique : perversion de la communication.

Il nous a semblé également que le médecin était pris dans ce système de perversion parodique dans la mesure où il est également membre de cette institution pénitentiaire, tout comme le détenu et le personnel pénitentiaire.

Nous nous proposons ici d'analyser les impacts de l'institution pénitentiaire sur les détenus et ses conséquences dans la relation détenu-médecin, puis de tenter une approche psycho-dynamique de cette relation.

Nous essaierons enfin, d'élargir cette étude à d'autres membres de l'institution : personnel pénitentiaire et médecins.

I - LE DETENU DANS L'INSTITUTION PENITENTIAIRE

De nombreux ouvrages ont été écrits sur ce thème. Nous nous contenterons d'en rappeler les points principaux, autant de jalons dans ce bouleversement du mode de vie et, sans doute, de la personnalité, que représente l'incarcération.

En effet, avant d'être un détenu, l'homme délinquant va passer par diverses étapes qui vont modifier sa réalité extérieure, mais également sa réalité interne, fantasmatique. Du moins, peut-on présumer de ce dernier point.

1/ L'ARRESTATION

Etape inaugurale. Est définie par le Petit Larousse comme "l'action de se saisir de quelqu'un par autorité de justice ou de police".

Il s'agit donc d'une prise de corps qui arrache le sujet à sa réalité quotidienne, à son milieu ambiant.

C'est donc l'exercice d'un pouvoir sur un individu par d'autres individus investis de cette autorité par la Société. Le sujet arrêté, lui, par contre, se voit dépossédé de son pouvoir d'homme libre.

Episode traumatisant, instant dramatique où le sujet est réduit à l'impuissance, voit son avenir brisé, son présent anéanti, où il se sent trahi, dénoncé, "balancé".

Il est probable que ce fait réel aura une résonance fantasmatique de menace de castration, au sens prégénital du terme, c'est-à-dire, d'amputation, de destruction, angoisse de mort, choc émotif proche de celui des névroses traumatiques.

2/ LA SECONDE ETAPE EST L'INCARCERATION

avec son rituel : franchissement des grilles qui se referment pour le sujet, le coupant de tous ses investissements extérieurs. Passage au Greffe où il doit déposer ses papiers d'identité, ses objets personnels, troquant son identité d'homme libre contre les attributs du détenu : numéro matricule, vêtements, etc...

Il s'agit d'une véritable perte d'objet, entraînant un remaniement libidinal important.

3/ PUIS, LE DETENU EST CONDUIT A SA CELLULE, EN DETENTION.

Mis en prison ("lieu où l'on enferme les personnes condamnées à une peine privative de liberté, ou en instance de Jugement" LAROUSSE).

La privation de liberté, acte d'ôter, de refuser à quelqu'un le pouvoir d'agir, de choisir, se trouve donc confirmée pour une durée indéterminée (en attendant le jugement).

Le sujet, exposé d'emblée à un pouvoir menaçant qui le blesse, l'ampute, le détruit, va voir cette situation perpétrée dans la détention, situation qui sera codifiée, adaptée dans les moindres détails par l'appareil carcéral.

a) D'abord, cette cellule, le plus souvent partagée avec d'autres détenus, cellule où l'espace propre (territoire privé) est retréci dans ses dimensions motrices (6 pas en avant, 6 pas en arrière, un peu plus pour la promenade), mais, aussi, sensorielles et optiques en particulier.

Les murs et le coin du bâtiment voisin entrevu par la fenêtre à barreaux. Tout cela, il doit le partager avec ses compagnons (3 détenus en général dans une cellule, afin d'éviter le risque d'une relation homosexuelle, dit-on).

S. BUFFARD parle de privation de l'espace propre, jusqu'à l'enveloppe "corporelle, elle-même, soumise au regard d'autrui (tirette, judas) et à la fouille".

b) Le temps, également, n'appartient plus au détenu : on a parlé de "temps clos", de "temps figé carcéral", mesuré, imposé au détenu par un rythme de vie monotone et immuable.

c) Privations encore

Tout plaisir devient impossible, interdit : sexuel, alimentaire, jusqu'aux plaisirs physiques, les plus intimes, de l'hygiène, qui sont réduits à l'utilitaire, aux besoins.

S. BUFFARD remarque : "L'Idéal (institutionnel) serait que le corps ne puisse ni souffrir, ni jouir. D'où la crainte obsessionnelle de dépasser les limites du nécessaire, d'arriver au confort".

d) Privation de communication enfin.

L'information extérieure arrive, mais il n'est pas de réponse possible puisque l'échange avec l'extérieur est irréalisable. Le seul sujet de conversation, reste la prison, les détenus nouveaux, anciens, etc...

Mais, alors, la parole devient suspecte, écoutée, rapportée, interdite.

Car, la parole utilisée en prison devient instrument de mépris, de haine, véhiculant la répression, la persécution ou l'agressivité qui en résulte.

D'où la création d'un "langage souterrain", véritable vecteur de la communication, langage des gestes, du corps, des attitudes, des comportements ; sorte de théâtralisation, de dramatisation où il est permis au gardien de communiquer avec les détenus et inversement. L'échange ne semble possible qu'à ce niveau parodique, clandestin.

e) Toutes ces contraintes, ce pouvoir imposé, cette situation autoritaire, sont sans cesse et en tout lieu contrôlés afin d'être maintenus : c'est le Regard. Le panoptisme décrit par M. FOUCAULT dans "Surveiller et Punir". Regard des surveillants dans les cellules, dans les cours, au parloir ; censure du courrier, écoute par l'interphone, etc...

Rien ne doit changer en prison : J. HOCHMANN y voit une résurgence du principe de mort de FREUD dont il décrit deux lois dans l'institution :

- la loi d'Homéostasie

"Elle postule l'institution comme une réalité intangible et proscriit, comme dangereuse pour l'équilibre parfaitement réglé, des échanges institutionnels, toute modification, si minime soit-elle".

- la loi d'Homologie

"Elle suppose l'institution comme une juxtaposition de masses amorphes et fusionnées au sein desquelles, toute individualisation est impossible. Les surveillants, les détenus, les médecins forment autant de catégories où l'individu se perd".

"En fait, ces deux lois ont essentiellement pour fonction d'écraser l'émergence du désir individuel qui corroderait le système tout entier. Elles s'assortissent de tout un ensemble de règles et de pratiques, qui ont pour but de réduire ou d'arracher définitivement les derniers vestiges de l'individu décrété déviant, de faire taire sa parole, manifestation de son désir et remise en cause de l'ordre existant" (J. HOCHMANN in "Le traitement dans le Service Pénal").

Ces lois semblent conduire les détenus à la recherche d'un espace privé, à s'individualiser en se différenciant des autres détenus, entretenant ainsi l'application de cette loi. C'est la "barrière" de S. BUFFARD : "Chaque individu" devient contagieux pour l'autre : le surveillant, pour le détenu et inversement. Mais le détenu pour son voisin de cellule ou de promenade pareillement.

Il est donc tout aussi important pour le détenu que rien ne change, que cette situation reste intacte, seule protection pour lui, seul moyen qu'il a de "contrôler" ce danger, de la contagion, de l'irruption des étrangers dans ce monde infiniment restreint, infiniment fragile qui lui reste.

Le piège se referme alors sur lui, sorte de cercle infernal où il doit participer au phénomène qui l'opprime. Pour maintenir ce semblant d'individualité concédée par l'institution, il se voit obligé de rentrer dans le jeu, sacrifiant les dernières chances relationnelles qui pourraient lui restituer sa véritable identité.

De là, naît une méfiance quasi générale. A cette méfiance spécifique, vient s'ajouter celle que crée la situation autoritaire décrite jusqu'alors.

Rappelons ici quelques caractéristiques de la situation autoritaire dans l'institution totalitaire, telle que l'a décrite le Dr. ROLLAND.

- la tendance à s'auto-entretenir par l'assimilation du rôle à la personne, aboutissant à un renforcement mutuel. Le surveillant est toujours le surveillant, être supérieur ; le détenu toujours le détenu, être inférieur.

- tendance à se radicaliser. Bien qu'il n'existe de système de contrôle de la situation autoritaire, la crainte fantasmatique des abus de pouvoir, crainte que l'autorité dégénère en arbitraire, situation qui s'avère bien réelle parfois, malheureusement.

- tendance à se privatiser. Ces systèmes de contrôle de l'autorité doivent en permanence rendre compte à un déferent auquel doit pouvoir s'adresser celui qui la subit.

En prison, cependant, "la possibilité de demander des comptes" n'existe pas. Toute requête d'un détenu doit passer par la filière hiérarchique où elle peut être rejetée à chaque niveau.

L'institution pénitentiaire fonctionne donc comme si elle avait pouvoir de se référer à elle-même.

Par ailleurs, si l'Administration pénitentiaire se voit confier par l'Autorité Judiciaire le soin d'effectuer ses prescriptions, il semble également vrai que celle-ci s'en décharge et témoigne parfois d'un certain désintérêt, voire d'une ignorance quant à l'application de ses ordonnances.

Cette dichotomie entre l'instance de jugement et l'instance chargée de l'application de la peine, insiste sur l'absence de référent et, donc, la privatisation du pouvoir, réduisant une situation triangulaire à une situation duelle, éliminant le tiers qui la fonde dans l'ici-maintenant.

Cette situation où le détenu semble se trouver exposé sans défense, à la merci d'un système au pouvoir illimité, ne peut que créer un sentiment de danger, d'insécurité et de méfiance.

Un dernier point nous semble important dans la genèse de cette méfiance ressentie par le détenu : il s'agit en fait de la finalité de l'Institution Pénitentiaire.

On peut retenir deux fonctions :

- La punition

C'est la fonction traditionnelle qui a, cependant, subi de nombreux remaniements comme le fait remarquer Michel FOUCAULT dans "Surveiller et Punir".

"L'idéologie médiévale où la punition avait valeur d'expiation et apportait le salut, fut modifiée au cours des siècles par un courant d'idées positives accordant la priorité à une certaine efficacité de la peine, à savoir défendre la société.

La punition s'accompagne alors de la notion d'exemplarité, édifiant le reste de la collectivité sur ce qu'il en coûte de transgresser ses lois. On aboutit là à une sorte de sacralisation de l'Institution pénitentiaire. Le détenu devient victime offert en holocauste, sacrifié par le groupe qui en tire un double avantage :

- . protection de ses valeurs
- . apaisement de ses propres pulsions destructrices.

Comme le dit S. BUFFARD : "L'Inscient collectif se sent doublement protégé par la projection sur un groupe étranger de sa culpabilité et par la certitude qu'à la Faute, succède le Châtiment".

On assiste là, à une surdétermination de la sanction, qui devient elle-même valeur sociale.

Le Pr. COLIN parle d'une surdétermination exubérante de la prison (portes cloutées, nombre de grilles, hauteur des murs, etc...) évoquant à la limite une forteresse vide, habitée par des mannequins, le groupe exprimant par là, sa volonté de pouvoir, éliminant, rejetant tout élément menaçant son intégrité.

Ceci explique certaines réactions de l'opinion publique (au moment des révoltes de prisonniers, certains débats sur la peine de mort, etc...) contrôlant avec force le maintien de cette situation, critiquant toute réforme à dessein humaniste, accusant l'Administration pénitentiaire d'une trop grande bonté, voire de se laisser manipuler par les détenus. "Il ne leur manque plus que la télévision".

Cette pression sociologique est fort bien ressentie par le détenu qui voit là une incompréhension supplémentaire, expérience d'autant plus persécutoire qu'il ne peut rien contre elle, cette pression n'obéissant pas à des lois relationnelles.

- La deuxième fonction, est la rééducation du déviant.

Tout ce qui est regroupé sous la définition du "traitement pénal" : fonction pédagogique, thérapeutique, éducative.

Comme le fait remarquer M. FOUCAULT, le corps a disparu de la peine. Le délinquant est devenu l'objet de savoir, comme en témoigne l'avènement de la Criminologie et ses travaux primitifs (Cf. LOMBROSO).

Pouvoir est alors corrélatif de savoir. L'expertise mentale en est l'exemple probant.

La justice, en faisant appel au savoir des spécialistes de l'âme, légitime son pouvoir.

Dans cette fonction de rééducation-correction où s'exerce "le pouvoir-savoir, domination-observation", dans cette introduction de multiples spécialistes dans la prison, "nouvelle inquisition", M. FOUCAULT voit l'extension d'un pouvoir normatif à propos duquel il écrit :

"De plus en plus une difficulté à juger et comme une honte à condamner. Un furieux désir chez les juges de jauger, d'apprécier, de diagnostiquer, de reconnaître le normal et l'anormal et l'honneur revendiqué de guérir et de réadapter leur immense "appétit de médecine" qui se manifeste sans cesse depuis leur appel aux experts psychiatres, jusqu'à leur attention au bavardage de la criminologie, traduit le fait majeur que le pouvoir qu'ils exercent a été dénaturé ; qu'il est bien, à un certain niveau, régi par les lois, qu'à un autre et plus fondamental, il fonctionne comme un pouvoir normatif. Porté par l'omniprésence des dispositifs de discipline, prenant appui sur tous les appareillages carcéraux, il est devenu une des fonctions majeure de notre société.

Les juges de normalité y sont présentés partout. Nous sommes dans la société du professeur juge, du médecin juge, de l'éducateur juge, du travailleur social juge.

Tous font régner l'universalité du normatif et chacun au point où il se trouve y soumet le corps, les gestes, les comportements, les conduits, les aptitudes, les performances. Le réseau carcéral sous ses formes compactes ou disséminées avec le système d'insertion de distribution, de surveillance, d'observation, a été le grand support, dans la société moderne, du pouvoir normalisateur".

Le médecin à la prison est donc bien associé à cette oeuvre de normalisation. Il fait partie intégrante dans ce dessein de l'institution pénitentiaire. Son savoir devient pouvoir et n'est-il pas perçu ainsi par le détenu ?

Après-tout, le médecin n'est-il pas employé par l'administration pénitentiaire, travaillant dans ses locaux. Le médecin, avec son savoir, sa position sociale, son casier judiciaire vierge, quittant la prison après son travail (toutes ces remarques lui sont faites de façon quasiment générale par tous les détenus), ce médecin n'appartient-il pas à une autre classe, une autre culture, celle de l'ordre social, donc répressive.

Plus encore, le Psychiatre, médecin des fous, ne vient-il pas à la recherche d'autres signes de déviance que ceux retenus par la Justice, augmentant par là la menace de rejet, d'abandon, traquant le déviant parmi les déviants".

De quelle rééducation s'agit-il alors ? Dans de telles conditions, la réinsertion sociale du délinquant ne devient-elle pas un mythe qui ne trouve son utilité que dans la bonne conscience qu'il procure à la société, rejetant ses déviants ?

Car ce pouvoir normatif dont parle M.FOUCAULT est réduit à la sélection de ces déviants de la norme sociale, sélection qui induit leur exclusion. Si la peine a quitté le corps, il semble bien qu'elle s'acharne sur l'esprit, véritable torture psychique sous le masque de la rééducation correction.

Alors, comme l'a écrit J. HOCHMANN, "matérialisant le rejet, l'Institution est toujours aliénée et aliénante".

II - APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Nous avons tenté, dans le chapitre précédent, de montrer les changements qui font de l'homme libre un détenu, puis de cerner la situation de ce dernier enfermé dans une relation duelle, seul, confronté à l'institution pénitentiaire (et ce qui la fonde), qui exerce sur le détenu un pouvoir quasi illimité, implacable, sans recours.

Nous aimerions citer là un texte de Daniel LAGACHE "Pouvoir et Personne", paru dans "la Nouvelle Revue de Psychanalyse".

"La structuration de la personnalité procède pour une large part de l'intériorisation des relations interpersonnelles antérieures et inversement. Elle s'extériorise dans la structuration des relations interpersonnelles ultérieures. Or, une dimension capitale des relations interpersonnelles, dont le poids psychologique, pour n'être pas ignoré, n'a pas été suffisamment marqué, c'est le pouvoir de l'homme sur l'homme.

Il en résulte que la structuration de la personnalité doit, pour une large part, s'énoncer en relations de pouvoir...

Cependant, l'éthologie humaine (RUSSEL et RUSSEL, 1957) nous montre, dans l'extraordinaire développement de l'agressivité et des relations de domination ou de soumission, une dimension dont l'importance anthropologique peut le disputer à des caractères plus communément et peut-être plus volontiers mis en valeur.

Sans doute, l'institutionnalisation et la réglementation des relations de pouvoir apparaissent aussi comme des caractères essentiellement humains. Mais il n'est pas moins éclatant que les institutions, les lois, les normes morales sont copieusement exploitées, en vue de la conquête du pouvoir et de son maintien. La culpabilisation est un des moyens les plus fréquents et les plus subtils par lesquels l'être humain essaie d'assurer son emprise sur l'autre.

Si donc, il est permis de considérer la relation de pouvoir ou tout au moins son énorme développement, sa forme encore plus sadomasochiste qu'agressive comme une caractéristique de l'humanité, rien d'étonnant à ce que la structure de la personnalité en porte si fortement l'empreinte".

S'il est vrai que la situation de domination-soumission dans la relation mère-enfant participe activement à la structuration de la personnalité, il est vrai aussi que cette situation est sans cesse recrée ultérieurement dans les tentatives de conquête du pouvoir par l'homme sur l'autre, utilisant la culpabilisation. Tout ce que nous avons dit précédemment, nous amène à penser que la prison est le lieu de l'une de ces tentatives.

.

Que peut-il se passer alors quand un sujet devient détenu, c'est à dire replongé dans cette relation domination-soumission ?

Nous avons vu que le sujet, à travers les deux étapes de l'arrestation, de l'incarcération, subissait des changements réels qui, on peut le supposer, ont des échos fantasmatiques tels que angoisse de mort, perte d'objet.

Mais, il semble que la troisième étape, la détention, favorisera la poursuite de cette régression déclenchée de l'extérieur à un stade très primitif dans le développement de la personnalité. En effet, le détenu dans l'institution pénitentiaire est mis dans une situation de dépendance totale quant à ses besoins réels, qui est à l'origine d'une surcharge fantasmatique. En effet, toute dépendance est génératrice de régression, faisant ressurgir des expériences infantiles plus ou moins précoces et très variables selon les individus, mais grossièrement caractérisées par le rétablissement d'une situation où le sujet se vit comme impuissant et vit son partenaire tout puissant.

De cette situation fantasmatique de menace permanente, peut naître, chez le détenu, un sentiment de méfiance, de persécution qui se traduiront dans sa parole, son comportement à l'égard du "Pouvoir", c'est à dire le personnel pénitentiaire, y compris le personnel soignant, détenteur d'un savoir.

Cette régression, à un stade archaïque où règne la méfiance, la persécution, nous a paru être à l'origine des caractéristiques de "l'accrochage relationnel" décrit plus haut.

Afin de poursuivre cette approche psycho-dynamique de la relation psychiatre-détenu dans l'institution pénitentiaire, nous avons choisi d'utiliser les concepts de Mélanie KLEIN et son "école".

On trouve, en effet, dans l'oeuvre de Mélanie KLEIN une étape du développement qui nous paraît correspondre à cette régression du détenu que nous avons tenté de décrire.

A/ LA "POSITION PARANOÏDE"

M. KLEIN a consacré plusieurs articles à cet aspect de sa théorie, dont la description la plus complète, d'après LAPLANCHE ET PONTALIS, se trouve dans "quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés", in "Développements de la Psychanalyse".

M. KLEIN postule au début de cet article que "l'action interne de l'instinct de mort, donne naissance à la crainte de l'anéantissement et que c'est cela qui constitue la cause première de l'angoisse de persécution", l'expérience de la naissance constituant la première source externe de cette angoisse, le bébé ressentant ce traumatisme comme une attaque provenant de forces hostiles, c'est à dire comme une persécution".

Cette angoisse sera présente dès le début de la vie relationnelle de l'enfant, dans la mesure où il se trouve exposé aux frustrations. Les pulsions libidinales comme les pulsions destructrices, se trouvent dirigées dès le début de la vie, vers le sein maternel, objet partiel, prototype de l'objet dans les relations ultérieures.

Un équilibre entre les pulsions libidinales et les pulsions agressives serait perturbé en faveur des dernières, chaque fois qu'interviendrait un élément de privation. De ce déséquilibre naît une émotion appelée "voracité" par M. KLEIN, de nature surtout orale, qui renforce le sentiment de frustration et donc les pulsions agressives.

Les expériences successives de gratification et frustration stimulent les pulsions libidinales et destructrices, l'amour et la haine. Le sein de la mère, objet de ses pulsions, est à la fois ressenti comme bon, aimé, quand il est gratifiant, mais aussi comme mauvais, haï, s'il devient frustrant.

Dans les 3 ou 4 premiers mois de la vie, ce sein bon et ce sein mauvais ne paraissent pas distincts l'un de l'autre.

De plus, à ces facteurs externes, s'ajoutent des processus intra-psychiques importants : projection et introjection.

Le bébé projette sur le bon sein gratifiant ses pulsions libidinales. De même, il attribue au mauvais sein frustrant ses pulsions destructrices. Simultanément, il constitue à l'intérieur de lui-même, un bon et un mauvais objet introjecté, réalisant pour M. KLEIN le noyau d'un sur-moi très primitif.

Ainsi, naissent chez le nourrisson, le fantasme d'un sein bon interne et externe prototype de tous les objets aimants et gratifiants et le fantasme d'un sein mauvais, prototype de tous les objets frustrants, haïs, persécuteurs internes et externes.

Dans sa relation avec le mauvais sein, la crainte de la voracité de celui-ci, du fait de la projection de la propre voracité du nouveau-né, fait naître l'angoisse de persécution, le bébé craignant que ce sein avide ne l'attaque et le dévore.

"Dans ses fantasmes destructeurs (quand il se trouve dans des états de haine et de frustration) il (le nourrisson) mord et il déchire le sein, il le dévore et l'anéantit et il sent que le sein va l'attaquer de la même manière". Cette angoisse de persécution doit cependant être neutralisée par la relation du bébé au bon sein, par les expériences d'amour et de gratification faites en particulier dans la relation alimentaire avec la mère.

Pourtant, afin de se défendre contre les attaques de ce mauvais objet persécuteur, le nourrisson semble élaborer plusieurs mécanismes que M. KLEIN décrit à l'aide de l'exemple de la "gratification hallucinatoire, l'enfant hallucinant l'état pré-natal dont il a la nostalgie".

"Dans cette perspective, le sein halluciné étant inexhaustible, la voracité est momentanément satisfaite".

Ainsi se crée le fantasme d'un sein idéalisé qui assouvirait la voracité par une gratification "illimitée, immédiate et interminable". Le sein idéal devient alors le corollaire du sein persécuteur. Pour réaliser cela, le bébé met en jeu plusieurs mécanismes.

- le contrôle omnipotent de l'objet interne et externe

- une dissociation entre sein idéal et sein persécuteur, véritable clivage où ce dernier est mis à l'écart, dénié jusqu'à l'anéantissement, autre manifestation de l'omnipotence.

Grâce à cette omnipotence, il ne subsiste donc que le sein idéal et l'enfant se trouve soulagé de l'angoisse de persécution.

C'est donc auprès d'un clivage de l'objet, mais également du moins, que le nourrisson parvient à se défendre. L'intégration du moi se fera en même temps que la réunion, en un seul et unique objet, des bons et mauvais seins.

Cette synthèse entre les pulsions amoureuses et les pulsions destructrices à l'égard d'un même objet ne se fera que par étapes successives où l'amour prédomine sur la haine de l'objet, l'instinct de vie sur l'instinct de mort.

B/ CETTE INTEGRATION DU MOI ET DE L'OBJET CONDUIT
A L'ETAPE SUIVANTE QUE M.KLEIN NOMME LA POSITION
DEPRESSIVE (du 4ème mois, à la première année).

L'angoisse de persécution fait alors place à l'angoisse dépressive de détruire, de perdre l'objet unique dont il a fait l'expérience dans l'étape précédente.

Là encore, divers modes de défense interviendront pour soulager l'angoisse dépressive et la culpabilité qui en résulte : plus que de nouvelles défenses, il s'agit d'un aménagement de l'omnipotence de la position paranoïde qui s'organise en défenses maniaques, etc...

Un échec de ces mécanismes amènera une régression à la position paranoïde et à l'apparition de l'angoisse de persécution.

Nous insisterons sur un aspect particulièrement important de la position dépressive, qu'est le désir de réparation.

Lorsque le nourrisson aborde cette étape, il est confronté au sentiment d'avoir, par son omnipotence, détruit et perdu pour toujours peut-être, la mère devenue objet total. De là, naissent culpabilité et angoisse qui éveillent en lui le désir de réparer, de recréer cet objet interne et externe, vécu comme souffrant.

"Ce sont le désir et la capacité de reconstituer le bon objet, interne et externe, qui sont la base de la possibilité du moi de maintenir l'amour et les retentions à travers les conflits et les difficultés. Ils sont aussi à la base d'activités créatrices, qui ont leur origine dans le désir du nourrisson de reconstituer et recréer son bonheur et ses objets internes perdus. Bref, l'harmonie de son monde intérieur" (H. SEGAL).

La réapparition de la mère après des absences, ressentie comme une partie de l'objet aimé, conséquence des pulsions destructrices de l'enfant, l'amour, les soins prodigués par cette mère retrouvée, "augmentent sa confiance en sa capacité d'aimer, de reconstituer son objet interne et de le retenir comme bon, même en présence de la privation causée par les objets externes, ce qui, à son tour, le rend plus capable de supporter des privations sans se sentir accablé par la haine, qui en deviendra moins effrayante".

Il s'agit en quelque sorte , d'une ré-crédation par l'amour, de l'objet détruit par la haine.

Ces possibilités de réparation interviennent grandement dans le processus d'intégration.

A leur propos, M. KLEIN écrit : "puisque la tendance à réparer dérive en dernière instance de l'instinct de vie, elle entraîne des fantasmes et des désirs libidinaux. Cette tendance entre dans toutes les sublimations et reste, à partir de ce stade, le grand moyen de tenir en lisière et de diminuer la dépression".

Cette hypothèse de la position dépressive et le désir de réparation complètent le travail de FREUD sur le deuil et la mélancolie.

Dans le deuil normal, le sujet réinstalle la personne aimée et perdue à l'intérieur de son moi, en même temps que ses objets aimés internes, qu'il "pense avoir perdus".

Le travail de deuil ne suppose donc pas seulement un retrait et un réinvestissement de la libido à partir de l'objet perdu, mais aussi une récupération en lui-même par le sujet de cet objet et une réparation de ces objets internes.

"Une réinstallation réussie de l'objet aimé externe dont on est en deuil, et donc l'introjection, est intensifiée durant le processus de deuil implique que les objets aimés internes sont restaurés et récupérés. C'est pourquoi l'examen de la réalité caractéristique du processus de deuil, n'est pas seulement un moyen de renouveler les liens avec le monde extérieur, mais un moyen de rétablir le monde intérieur détruit".

Dans cette hypothèse, la perte d'objet, des investissements extérieurs, s'accompagne donc d'une "perte" des objets internes et d'une culpabilité du sujet, d'avoir détruit ces objets. Si les désirs de réparation ne peuvent s'actualiser, le sentiment d'être mauvais persistera, les pulsions destructrices reprendront le dessus et reviendra l'angoisse de persécution, caractéristique de l'étape précédente, la position paranoïde.

Selon M. KLEIN, ces deux étapes pourront être réactivées chez l'adulte : la position schizo-paranoïde dans les états schizophréniques et paranoïaques, la position dépressive dans le deuil et les états dépressifs.

C/ L'IDENTIFICATION PROJECTIVE

Nous faisons une place à part à un mécanisme décrit par M. KLEIN sous le nom "d'identification projective" en relation étroite avec la position schizoparanoïde. Dans ses fantasmes, le moi prend possession de l'objet extérieur "par projection et, en fait, extension de la personne. L'objet devient en quelque mesure, un représentant du moi". L'identification par intrjection ou projection seraient alors des processus complémentaires.

"Quand la projection est dominée par la crainte de persécution, l'objet dans lequel le mal (la personne mauvaise) a été projeté, devient le persécuteur par excellence, parce qu'il a été doté de toutes les qualités mauvaises du sujet.

La réintrojection de cet objet renforce extrêmement la crainte des persécuteurs internes et externes".

Inversement, il peut y avoir projection des sentiments d'amour dans l'objet bon qui, réintrojecté, viendra réduire l'angoisse de persécution.

Ces fantasmes peuvent donner naissance à l'angoisse d'être enfermé et persécuté dans l'objet, ou encore l'introjection peut-être ressentie comme une irruption destructrice, conséquence d'une projection violente.

Par ailleurs, le moi est affaibli par la perte de bonnes parties de lui-même.

D/ "L'ENVIE"

Il nous faut enfin parler d'un concept KLEINIEN qui se trouve exposé dans un ouvrage publié plus tard, en 1957, "Envie et gratitude". Il s'agit de l'Envie.

Lors de la position schizoparanoïde, il faut que les bonnes expériences prédominent sur les mauvaises, donc que le milieu extérieur soit propice à des expériences gratifiantes. Mais cela n'est pas suffisant. Ces expériences gratifiantes peuvent être modifiées par des facteurs internes tel que l'envie. Cette envie différente de la jalousie et de l'avidité, est une émotion très primitive, se manifestant dès la naissance, par laquelle le sujet cherche à s'approprier les bonnes qualités de l'objet et, si la chose est impossible, à les détruire pour écarter cette émotion.

Comme le dit H. SEGAL, "l'envie peut s'amalgamer avec l'avidité, conduisant au désir de tarir complètement l'objet, non seulement pour s'approprier ses bonnes qualités, mais aussi pour l'en priver exprès afin qu'il ne contienne plus rien d'enviable.

Si cette envie est trop intense, elle intervient dans les défenses de la position paranoïde : l'objet idéal devient alors source d'envie et sera attaqué. Le clivage devient alors inopérant et il devient impossible de trouver un objet idéal. Il en résulte un cercle vicieux où l'envie empêche une bonne introjection, ce qui, à son tour, augmente l'envie".

III - ESSAI D'APPLICATION DES THEORIES KLEINIENNES

Nous avons vu les bouleversements apportés dans la vie quotidienne du sujet qui passe brutalement de la condition d'homme libre à celle de détenu.

Nous supposons qu'à chaque étape, correspond une résonnance fantasmatique, d'autant plus importante qu'il s'agit souvent de sujets ayant une vie psychique fragile, ceci pour des raisons très diverses.

Tout d'abord, nous avons désigné l'arrestation comme l'expérience inaugurale d'une situation menaçant l'intégrité du sujet, où le monde extérieur est perçu comme mauvais, destructeur (forces de police, dénonciateurs, public hostile, etc...), expérience persécutoire donc.

Puis, vient l'incarcération, privant le sujet de tous les objets, papiers personnels, qui le désignaient comme appartenant au monde extérieur, véritable perte d'objet, obligeant le détenu privé de ses investissements traditionnels à un remaniement libidinal important.

Mais il faut savoir que dans la perspective Kleinienne, ces bons objets externes perdus avaient fonction de protection contre de mauvais objets internes. Une réalité interne souvent dangereuse parce que mal élaborée est alors démasquée, génératrice d'angoisse.

Par ailleurs, la culpabilité réelle du délit reproché, aura pour écho une culpabilité fantasmatique que M. KLEIN attribue au sentiment d'avoir perdu, détruit le bon objet : externe et interne.

Enfin, la détention, plongeant le sujet dans une situation de dépendance quasi totale (prise en charge de tous les besoins du détenu par l'institution) est responsable d'une régression à un stade très primitif du développement psychique.

Ce stade où l'enfant dépend de façon absolue de la mère (ou plus exactement du sein, objet partiel) est précisément celui décrit par M. KLEIN dans son "hypothèse de la position paranoïde".

La situation réelle d'autorité, le rapport de domination-soumission auquel est soumis le détenu, ne peut que confirmer la régression à cette étape et augmenter l'angoisse persécutoire dans la mesure où le sujet n'obtient de l'Institution que de nombreuses privations, toute gratification allant à l'encontre de la règle.

C'est à ce moment qu'intervient le psychiatre dans sa mission de dépistage.

L'ACCROCHAGE RELATIONNEL

Nous avons distingué 3 étapes dans ce temps de la relation.

1/ LA MEFIANCE

"Disposition à soupçonner le mal chez les autres" (LAROUSSE).

Il s'agit là d'une réaction bien normale devant le psychiatre employé par l'administration pénitentiaire. Ne vient-il pas pour faire un diagnostic, un jugement, rechercher des troubles mentaux, mettre en évidence la précarité de la réalité psychique du détenu et, ainsi, faire ressurgir l'angoisse éprouvée lors de l'arrestation et de l'incarcération ?

Ce psychiatre est donc bien un nouvel élément de cet univers persécutoire dont il faut se méfier, se défendre. Il est cet objet "mauvais", destructeur.

Mais, il a l'avantage de ne pas être anonyme de se démasquer, de se distinguer de l'Institution terrifiante et inattaquable. Il peut alors être pris à parti et, parfois, être l'objet d'une hostilité manifeste de la part du détenu.

On pourrait dire alors que le psychiatre sert de "médiateur" entre l'institution trop dangereuse pour être agressée et le détenu dont les pulsions destructrices sont privilégiées dans cette position paranoïde.

2/ CRITIQUE DES MAUVAIS MEDECINS ET DENI DE LA MALADIE.

Cependant, le psychiatre, s'il est à la portée des pulsions agressives du détenu, n'en est pas moins tout puissant pour celui-ci, menaçant, susceptible, de faire un mauvais diagnostic, d'imposer un traitement, d'autant que le détenu a projeté chez lui ses propres pulsions destructrices qui peuvent le menacer en retour.

Cet "objet" qui s'offre à lui est donc ressenti comme persécuteur, augmentant l'angoisse de persécution dont il a alors à se défendre.

Il nous a paru ainsi que toutes les critiques se rapportant aux "mauvais" médecins rencontrés précédemment et faites devant le psychiatre interlocuteur, étaient destinées à épargner ce dernier, à l'instituer comme "bon" médecin réalisant par là ce clivage entre bon et mauvais objet dont parle M. KLEIN.

On ne veut plus entendre parler du mauvais médecin qui appartient au passé, n'existe plus, mais on s'adresse au bon médecin idéalisé, dont on attend toutes les satisfactions.

En même temps, nous avons noté un déni de la maladie "je ne suis pas barjo" et, donc, la possibilité de faire ce diagnostic chez le psychiatre interlocuteur. En quelque sorte, "les autres me prenaient pour un fou mais je ne le suis pas et vous ne le direz pas".

On peut donc reconnaître là les processus de clivage et de dénégation, défenses contre l'angoisse de persécution et manifestations de l'omnipotence.

3/ LA DEMANDE, LA CONFIANCE AU BON MEDECIN

Ce bon médecin idéalisé devient alors celui à qui on peut tout demander et qui ne saurait rien refuser car il est source de gratifications illimitées.

Mais est-ce bien sûr ? Comment peut-on en être certain... Il faut le mettre de son côté, s'en faire un ami, un semblable.

Un ami est également un confident, à qui l'on raconte tous ses déboires, ses craintes. Il ne peut, alors, que vous être dévoué et aurait bien mauvais esprit à trahir celui qui a fait de telles confidences.

Exprimée ou non, on rencontre souvent cette attitude. "Vous êtes comme un ami pour moi. Vous n'appartenez pas à leur milieu, vous pouvez comprendre avec moi que policiers ou surveillants sont tous mauvais".

On pourrait voir là un processus proche de l'identification projective, mécanisme de défense complémentaire de la position paranoïde où le moi prend possession de l'objet externe afin de mieux en assurer le contrôle omnipotent.

Ce contrôle omnipotent du psychiatre comme objet partiel, est à la base, croyons-nous, de toute la relation qui va s'établir par la suite : manipulations, séduction, etc...

Cependant, beaucoup d'obstacles vont s'opposer à ce contrôle. Outre les facteurs extérieurs (résistance du médecin, interventions de l'Institution, etc...) il en est un qui provient du sujet lui-même : nous voulons parler de l'envie, ce sentiment très primitif décrit par M. KLEIN.

L'objet idéal, le bon médecin, devient source d'envie et sera attaqué par le sujet cherchant à s'approprier ses bonnes qualités. Ce mécanisme pourrait expliquer les nombreux acting-out qui émaillent la relation psychiatre-détenu.

Mais, dira-t-on, cette situation n'est-elle pas transitoire, contemporaine de l'arrivée à la prison et des premiers temps de la détention ? Comme nous l'avons déjà dit, il nous a semblé que ce contrôle omnipotent se poursuivait bien au-delà de l'accrochage relationnel.

Le détenu paraît ne pas pouvoir dépasser la position paranoïde, ne pas avoir accès à la position dépressive.

Nous avons vu qu'après l'arrestation, expérience persécutoire inaugurale, l'incarcération, vécue par le détenu comme une perte d'objet, obligeait le détenu à un remaniement libidinal, c'est-à-dire à réaliser de nouveaux investissements. La détention, dans un troisième temps, devrait permettre une réadaptation, un aménagement.

Mais, comment restaurer ce qui a été détruit en prison ? Quelles possibilités le détenu a-t-il de créer de nouveaux investissements d'objet dans ce monde où règne la méfiance, où toute tentative relationnelle est entravée par la haine ou le mépris ?

Nous avons parlé dans un chapitre précédent, du désir de réparation comme mécanisme utilisé par l'enfant, pour vaincre la culpabilité d'avoir détruit ou endommagé son bon objet, lors de la position dépressive.

Or, H. SEGAL écrit à ce sujet : "ces activités réparatrices concernent l'objet et le soi. Elles sont dues en partie au souci de l'objet et à la culpabilité envers. lui, suivi du désir de le reconstituer, de le préserver et de le rendre impérissable, en partie aussi à l'intérêt de l'autoconservation, orientée maintenant d'une manière plus réaliste. Le désir ardent du nourrisson de recréer ses objets perdus, le pousse à remettre ensemble ce qui a été déchiré en deux morceaux, à reconstruire ce qui a été détruit, à recréer et à créer.

En même temps, son désir de ménager ses objets l'amène à sublimer ses pulsions. Lorsqu'elles lui semblent destructives. Ainsi, le souci de ses objets modifie ses buts pulsionnels et détermine une inhibition des incitations pulsionnelles.

C'est à ce moment qu'on peut constater la genèse des symboles. Afin de ménager l'objet, le nourrisson inhibe partiellement ses pulsions et partiellement, les déplace sur des substituts de cet objet : ainsi commence la formation de symboles.

Les processus de sublimation et de formation de symboles sont intimement liés et tous deux sont l'aboutissement de conflits et d'angoisses appartenant à la position dépressive".

Ainsi, le désir de réparation nécessite-t-il des possibilités de sublimation.

Mélanie KLEIN écrit, dans un article intitulé "Les situations d'angoisse de l'enfant et leur reflet dans une oeuvre d'art et dans l'élan créateur" :

"Dans les analyses d'enfants, quand l'expression de tendances réactionnelles succède à la représentation des désirs destructeurs, nous voyons toujours utiliser le dessin et la peinture comme moyen de reconstitution".

Comment le détenu peut-il réparer, restaurer, créer dans un univers où il n'a aucune maîtrise sur le réel, où le temps est figé, l'espace réduit, inutilisable, où la vie n'est qu'une répétition monotone, interminable, de gestes banaux, où toute créativité se trouve bannie ?...

Alors que tout au long de sa détention il lui sera rappelé sa culpabilité réelle, réveillant à chaque instant une culpabilité fantasmatique.

Cette impossibilité (et incapacité) du détenu à restaurer ce qu'il a perdu, du fait des conditions externes, mais aussi bien de facteurs internes, va l'obliger, afin d'élaborer l'angoisse, à un retour au système persécutoire et à l'utilisation du principal mécanisme de défense : le contrôle omnipotent, contrôle omnipotent des autres à défaut de soi-même ou pour soi-même pourrait-on dire.

Mélanie KLEIN, dans ses articles sur la criminalité, remarque la tendance de certains enfants à être soumis à une discipline très stricte, une sorte de recherche de la punition, afin d'échapper à celle bien plus terrifiante encore, d'un surmoi trop sévère, mais aussi de contrôler chez lui une agressivité trop importante.

Il est certain que chez nombre de détenus, ce mécanisme les oblige à une adhésion au système, mais il est un autre aspect de cette "participation" dont nous aimerions parler maintenant.

Dans cette omnipotence et dans le déni de l'objet persécuteur qui l'accompagne, nous voyons là l'explication de certains comportements souvent décrits chez le prisonnier et parfois qualifiés de pervers.

Mais, peut-être, n'est-ce pas par hasard ?

Roger DOREY dans un texte consacré au fétichisme, écrit :

"on trouve bien dans la perversion, des mécanismes de défense déni et clivage du moi, décrits par FREUD mais aussi, souligne GILLESPIE, d'autres mécanismes que M. KLEIN nous a permis de reconnaître, mécanismes de défense schizoïdes qui, dans les phases précoces du développement, jouent un rôle identique à celui tenu par le refoulement, à un stade ultérieur...

Par l'existence d'un important complexe de castration, le fétichiste, comme tout pervers, s'apparente au névrotique. Par la régression, aux phases archaïques du développement, il s'apparente aux psychotiques.

Victor N. SMIRNOFF remarque, lui, dans son article "Pouvoir sexuel",

"Toute perversion est l'exercice d'un pouvoir. Ce n'est pas tant la cruauté qui qualifie le sadisme que l'instauration de l'arbitraire qui administre à celui qui l'exerce et qui en fait un usage si démesuré, la véritable preuve de son omnipotence...

Il convient de marquer la distinction que nous cherchons à introduire entre puissance et pouvoir. La puissance, par ce qu'elle évoque d'une potentialité forcément fantasmatique, appartient à l'ordre de la structure narcissique. Le pouvoir, susceptible de se médiatiser par son exercice, connote l'efférence vers l'objet. C'est pour autant que le pouvoir trouve ses assises libidinales dans la pulsion d'emprise, qu'il est condamné à s'éprouver continuellement, du fait même de l'incertitude que le sujet éprouve quant à son omnipotence narcissique...

L'omnipotence narcissique où apparaît clairement la fonction d'un Real-Ich * qui s'éprouve dans son affrontement au monde des objets extérieurs viendra ultérieurement à être investi des pulsions partielles : ce n'est qu'alors que le pouvoir, en tant que mode manipulateur du sujet à l'égard des objets, prendra toute sa valeur libidinale. La jouissance narcissique naîtra ainsi lorsque l'investissement libidinal de soi permet d'éprouver dans sa manipulation des objets, le jeu des fantasmes d'omnipotence dès lors sexualisés".

* il s'agit ici du Moi-réalité, opposé au Moi-plaisir (Lust-Ich) de FREUD.

Dans ce même article, V.N SMIRNOFF fait "justice de la prétendue anobjectalité du narcissisme" et voit l'omnipotence comme le bouclier d'un réel menaçant qui renvoie à la "détresse des premiers moments, la Hilfslosigkeit qui inscrit l'impuissance comme manque au fondement même de l'existence humaine".

Dès lors, parlant de l'idéologie sadienne, il conclut "si le crime importe plus que la luxure, c'est parce que la transgression sexuelle ne porte pas sur l'inceste mais sur les limites même du pouvoir".

On connaît l'importance accordée à la notion de sadomasochisme dans l'oeuvre de FREUD et dans la pensée psychanalytique, importance qui déborde largement du cadre des perversions classiques. FREUD écrit à ce propos :

"Le sadisme et le masochisme occupent, parmi les autres perversions, une place spéciale. L'activité et la passivité qui en forment les caractères fondamentaux et opposés, sont constitutifs de la vie sexuelle en général".

Dans "le problème économique du masochisme", il en attribue l'origine à la pulsion de mort :

"une partie de cette pulsion est mise directement au service de la pulsion sexuelle, où son rôle est important. C'est là le sadisme proprement dit. Une autre partie n'accompagne pas ce détournement vers l'extérieur, elle reste dans l'organisme où elle est liée libidinalement à l'aide de l'excitation sexuelle dont elle s'accompagne... Nous reconnaissons là le masochisme originaire, érogène".

FREUD signale l'inter-relation du sadisme et du masochisme et leur réversibilité dans le fantasme.

Daniel LAGACHE insiste sur le rôle du sadomasochisme dans la structuration de la personne (Cf. texte cité plus haut) mais aussi dans la relation inter-subjective "la position de demandeur est, virtuellement, une position de persécuté-persécuteur, parce que la médiation de la demande introduit nécessairement les relations sadomasochistes du type domination-soumission qu'implique toute interférence du pouvoir".

Nous croyons donc que cette situation autoritaire se trouve investie libidinalement et le détenu, s'il est dans une situation de passivité réelle lors de la régression, n'en est pas moins actif au niveau fantasmatique du fait d'une certaine "érotisation" de la relation persécutoire. La relation sadomasochiste avec ses identifications réciproques de la victime au bourreau et inversement, donne alors une coloration sexuelle à la relation de pouvoir, contribuant par là à l'entretenir.

Ainsi, le détenu plongé dans un univers persécutoire accablé par la culpabilité, privé de toute possibilité de réparation, se voit-il contraint à perpétrer cette situation, à participer au maintien de ce monde figé dans la méfiance, dans un but de contrôle omnipotent certes, mais nuancé par un certain plaisir.

Aussi bien, se verra-t-il parfois accusé de sécréter lui-même au nom d'une certaine perversité, cette oppression dont il est victime.

CHAPITRE IV

L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE

UNIVERS DE PERSECUTION

Si nous avons vu jusqu'alors, le détenu victime participant à ce système persécutoire qu'est la Prison, il nous faut remarquer que les sentiments de méfiance, de persécution nous sont apparus omniprésents dans l'Institution.

On pourrait résumer en quelques lignes ce qui caractérise cette relation duelle qu'est la situation autoritaire "les deux protagonistes se sentant menacés : celui qui a le pouvoir craint qu'on le lui prenne ; celui qui subit le pouvoir craint qu'on s'en serve abusivement".

L'ensemble du personnel pénitentiaire et donc, à ce titre le médecin, se sent également menacé.

I - LE PERSONNEL PENITENTIAIRE PERSECUTE

1/ LES SURVEILLANTS

L'Administration pénitentiaire recommande à son personnel d'éviter toute familiarité avec les détenus. Un surveillant nous disait : "il n'est pas possible de prendre un verre avec un détenu libéré, on n'a pas le droit"...

Le personnel pénitentiaire est lui-même soumis à une hiérarchie toute militaire, attentif à éviter la moindre erreur passible de diverses sanctions.

Le détenu est celui par qui peut arriver la faute, donc la punition. Il faut donc s'en méfier.

Curieux statut par ailleurs que celui du surveillant qui vit enfermé avec ceux dont il a la garde, son sort lié à ceux-ci, partageant leur espace, leur temps et même leur médecin (le médecin des prisons soigne également le personnel pénitentiaire : il est médecin traitant, médecin du travail, médecin contrôleur).

Par ailleurs, la haine du détenu pour le surveillant est bien réelle et il ne manquera pas de la manifester de manière déguisée, dans les limites permises ; le surveillant n'est pas aveugle face à ces attitudes, ces regards, ces remarques, traduisant une franche hostilité. "Comment peut-on faire ce métier, disaient plusieurs détenus. Il ne faut vraiment pas être capable de faire autre chose". Suivent les pires insultes.

De fait, il est peut-être vrai que pour certains jeunes surveillants, ce métier est aussi une façon de résoudre le problème du chômage, d'avoir un travail alors qu'on a dû abandonner un emploi et une condition sociale bien établie, situation de nombreux surveillants rapatriés d'Afrique du Nord, par exemple.

Quelles relations avoir alors avec des détenus dont on partage la vie et, peut-être l'infortune sociale, sinon dénier cette promiscuité en augmentant les distances grâce à l'autorité, au pouvoir qui devient alors singulièrement investi parce qu'on le sait fragile barrière, vaccin précaire contre la contagion, menace contenue dans l'adage sans cesse rappelé "les délinquants ne sont pas des gens comme nous".

2/ L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Elle-même ne jouit pas d'une situation confortable.

- menacée par les détenus toujours susceptibles de la rouler (évasion, simulation, etc...).

S. BUFFARD parle du détenu profiteur "qui profite de la gratuité des soins pour se faire examiner, de la nourriture pour se goberger, de l'absence de travail pour fainéanter. Tout ce qu'on lui donne, c'est comme si on le retirait aux autres, comme s'il continuait à être, même en prison, un voleur vivant aux dépens de ses victimes".

- c'est d'ailleurs dans ces termes que l'Administration pénitentiaire se voit critiquée par l'Opinion publique qui l'accuse de trop de bonté, la rend responsable des révoltes, de l'augmentation de la délinquance ("la prison ne leur fait plus peur, ils y sont comme à l'hôtel").

Ou bien, on lui reproche sa fonction répressive, son manque d'humanité. Mal comprise par l'opinion publique, elle sera tenue pour responsable d'un système pénitentiaire trop bon ou mauvais.

- considérée avec dédain par l'Autorité Judiciaire qprès qu'on lui ait confié "le sale travail".

3/ LE MEDECIN

"Vous travaillez à la Prison ? Ca ne doit pas être drôle et puis, c'est dangereux !"...

Cette remarque, combien de fois ne l'entend-on sur un ton où percent à la fois compassion et curiosité.

Le médecin doit délaisser les bureaux spaciaux de l'Hopital ou le confort du cabinet, pour travailler dans les conditions souvent précaires, décrites plus haut.

Pour un salaire peu avantageux, il accepte une contrainte professionnelle qui va à l'encontre de la vocation médicale : cette fonction de dépistage, d'auxilliaire de la Justice, ne parait-elle pas dérisoire, face à son désir de soigner les patients dans un exercice libéral de sa profession ?

Pour quelques actes thérapeutiques, combien de tâches moins gratifiantes doit-il satisfaire pour l'Institution pénitentiaire.

Il voit sa toute puissance limitée à un pouvoir qui ne dépasse pas celui concédé à l'Administration.

Pourquoi s'exposer à de tels échecs narcissiques, si l'on considère les difficultés qu'il peut rencontrer à exercer dans un tel milieu, avec de tels patients...

Complice de l'Administration pour les détenus, complice du détenu pour le personnel pénitentiaire, il se heurte à la méfiance, à l'ironie de chacun.

Il semble donc que ce climat de méfiance ne soit pas seulement spécifique de la relation avec le détenu mais diffuse à tous les niveaux relationnels de l'Institution.

Chacun des membres devient alors pour l'autre, à la fois persécuteur et persécuté.

II - LE MEDECIN (PERSECUTE) PERSECUTEUR

Ainsi est-il perçu non seulement par les détenus, mais aussi par le personnel.

- pour le surveillant, comme nous l'avons dit plus haut, il est à la fois médecin traitant, médecin du travail, médecin contrôleur et médecin des détenus.

- il vient, avec son savoir, bouleverser la vie institutionnelle, provoquant des changements de régime pénitentiaire, alimentaire, distribuant des médicaments, faisant appeler les détenus à n'importe quel moment.

De toutes ces modifications, le surveillant se plaint de ne pas être informé, de ne pas avoir à donner son avis. Il apparaît dans l'institution, une nouvelle forme d'autorité, concurrentielle du Pouvoir traditionnel du surveillant et dont il se sent tenu à l'écart.

Nous renvoyons, pour illustration, au texte cité par S. BUFFARD, dans "le froid pénitenciaire", texte écrit par un brigadier à la retraite où il fait part de son amertume devant l'arrivée soudaine des spécialistes, comme en terrain conquis.

De fait, il est vrai que le surveillant se voit au service d'une nouvelle catégorie de personnel, ramené par l'ignorance dans laquelle on le tient de cette modernisation de la prison, à une fonction subalterne. Cela, au moment même où on lui demande de ne plus être un gardien, de participer au travail de rééducation, etc...

N'y-a-t-il pas quelque ressentiment pour le surveillant, à voir la relation privilégiée que nouent Médecin et détenu, dont il se sent exclu. A-t-on vu les gardiens serrer la main des détenus matin et soir ?

Quant à l'Administration pénitenciaire, si elle emploie des médecins, peut-être n'est ce pas sans une certaine méfiance : crainte de voir le médecin soutenir le détenu, prendre son parti contre le règlement, nier la Morale, garant du Pouvoir de l'Institution pénitenciaire.

Il sera alors souvent accusé de créer les problèmes, tenu pour responsable de tel ou tel trouble, d'où la tentation pour l'Institution, de "le confiner dans un rôle de dépistage où à la rigueur, de thérapeutique, pour les éléments les plus inadaptés" (S. BUFFARD "La solitude du Psychologue").

Enfin, l'arrivée du psychiatre (ou autre spécialiste psy) dans l'Institution, ne fait-elle pas naître parmi le personnel, le fantasme "du groupe cobaye" exposé au regard du voyeurisme.

Un psychiatre, de sa fonction dans la Prison, disait : "je ne me suis pas contenté d'un rôle d'observation, j'ai été, pour ces prisonniers, un conseiller et un ami, sans rien perdre d'ailleurs de mon autorité, ni du prestige qui m'étaient nécessaire, exerçant une influence considérable sur tous les rouages de l'organisation, sans cesse approuvé, d'ailleurs, dans ma manière d'agir, par le Directeur de l'Administration pénitentiaire".

Une attitude aussi sereine nous paraît tenir du miracle, soit dans la personnalité du thérapeute, soit dans le fonctionnement de l'Institution.

Comme le fait remarquer P. HIVERT, le psychiatre reçu à la Prison, y occupe dès lors une position fort ambivalente : utilisé comme "alibi" de l'Institution (il est la preuve de son souci d'humanité, de sa fonction de rééducation, sa "bonne conscience" en quelque sorte), il n'en est pas moins redouté par celle-ci, craignant l'avènement d'une espèce "d'impérialisme psychiatrique", mettant en jeu son autorité.

Il sera alors victime, lui aussi, de l'inertie opposée par l'appareil pénal, enfermant chacun dans un rôle bien limité.

Le lieu même de son travail, "l'Annexe", se trouve en marge de la prison, sorte de ghetto, clos par de nouvelles grilles, mis à distance par une méfiance plus spécifique à l'égard des déviants parmi les déviants qu'il renferme et du personnel attaché à leurs soins.

A la crainte du délinquant, de la criminalité vient s'ajouter celle plus angoissante encore de la folie. Mais n'ont-elles pas la même origine dans ce sentiment plus primitif qu'est l'angoisse de mort ?

Nous retrouvons, dès lors, le schéma précédemment décrit dans la relation médecin-détenu.

- tout individu employé par l'Institution pénitentiaire, se trouve plongé dans une réelle atmosphère de méfiance et de persécution.

- face au détenu institué comme déviant, il est confronté à ses propres pulsions déviantes, criminelles, destructrices. Ce réveil fantasmatique "catalysé" pourrait-on dire par une réalité menaçante, va mettre en jeu l'équilibre pulsionnel du sujet, d'autant qu'il se trouve plus que jamais, par sa fonction institutionnelle, sous la coupe des lois morales et surmoïques du groupe social auquel il appartient.

- de ce conflit, naissent angoisse et culpabilité dont il faut se défendre. Comme pour le détenu, les possibilités de réparation sont bien limitées : inertie de l'appareil pénal s'oppose à toute manifestation créative que peuvent réaliser le surveillant, l'administration, le médecin dans un système aussi rigide, aussi figé par le règlement.

- il se trouve alors contraint d'avoir recours aux défenses archaïques de la position paranoïde, à entrer dans le jeu de la relation sadomasochiste.

Ainsi, le psychiatre "ARLEQUIN, valet de deux maîtres" (S. BUFFARD) a-t-il deux solutions :

. il défend le groupe social, se fait instrument adaptif et projette son côté aliéné sur le détenu malade. Pulsions qu'il aura tendance à réprimer d'autant plus vivement qu'il la sent dangereuse en lui-même.

. il défend l'individu pour lequel il devient instrument de libération. Il projette alors son agressivité sur la société, se dit incompris, aussi marginal que ses clients, considère l'Institution comme pathologique "s'attribuant à lui, seul équilibre et clairvoyance" comme le dit S. BUFFARD dans la "solitude du psychologue".

Peut-être est-ce cela aussi qui lui fait écrire : "détenus et personnel, nous sommes tous si bien enfermés dans le monde carcéral et nous y sommes si bien habitués, qu'il faut l'étonnement et l'agacement de nos amis, pour nous tirer dehors..."

Ceux qui travaillent dans l'Institution ne sont pas plus protégés que les détenus... L'immobilisme pénitentiaire n'est pas de nature administrative. Il est dû à la pesanteur sociologique de la clôture".

III - "LA CLÔTURE"

"La clôture a succédé à la transportation. Il n'y a plus d'îles aujourd'hui, plus d'outre-mer, la notion de distance s'est amenuisée jusqu'au dérisoire et personne ne pourrait plus croire à l'éloignement des indésirables".

Le bagne n'existe plus. Il n'est que souvenir, évoqué dans les livres que le public dévore, comme on visite les lieux témoins d'un drame ancien, d'une abomination révolue, afin de se persuader que cela n'arrivera plus bien sûr, mais peut-être aussi dans le but secret de contempler combien cela a pu exister.

La Prison, avec ses indésirables, est bien présente, elle, au coeur de la ville, parfois si bien intégrée au modèle architectural des lieux, qu'on en vient à l'oublier.

Pourtant, il arrive d'en parler mais avec quelle passion ! Récemment, un journal régional faisant le compte-rendu d'une conférence tenue par un psychiatre et un éducateur des prisons, devant une assistance privée. Très vite, le débat sur la nécessité des réformes pénitentiaires tourne à la polémique, le public faisant chorus pour l'opposer aux thèses des deux orateurs invités : "des fameuses prisons modèles, avec télévision, aux permissions de sortie ; de la montée de la délinquance à la trop grande mansuétude des nouveaux juges, tous les refrains à la mode allaient être entonnés avec une rigueur et une âpreté très significatives dans le tumulte."

Qu'y-a-t-il donc de si important pour le groupe social à maintenir une telle institution, à exiger une rigueur nouvelle quand on évoque un changement possible ?

Michel FOUCAULT, dans "Surveiller et Punir" décrit comment le corps a disparu de la peine, comment la punition devenue fonction normative se transforme en une véritable torture psychique du prisonnier.

A la faute, doit toujours succéder le châtement, mais la sanction a maintenant pour but de protéger l'Innocent du Coupable. Elle-même érigée en valeur sur-déterminée a pour fonction de sauvegarder les valeurs du groupe social.

Le délinquant, agresseur de la société dont il est issu, devient le symbole du potentiel auto-destructeur du groupe social, témoigne de ses pulsions agressives. A ce titre, il doit être exclu, banni, dénié comme appartenant au groupe.

Dans cette démarche, on retrouve à l'oeuvre le mécanisme de la projection, défense contre l'angoisse paranoïde.

"L'inconscient collectif est alors doublement protégé par la projection sur un groupe étranger, les délinquants, de sa culpabilité et par la certitude qu'à la faute, succède le châtement...

L'agressivité des honnêtes gens se trouve miraculeusement justifiée : le coupable est le partenaire rêvé du Justicier".

Pour Franco FORNARI "la condition paranoïde se manifeste à travers la déflexion, à l'extérieur du groupe, des intentionnalités destructrices des individus appartenant au groupe. De cette façon, la cohésion du groupe devient directement proportionnelle à l'existence d'un ennemi vers lequel convergent les tendances destructives qui, si elles ne subissaient pas cette déflexion, rendraient précaire la cohésion du groupe.

La déflexion, sur l'ennemi, du sadisme des individus d'un groupe déterminé, est un processus tellement actif que, lorsqu'il manque un ennemi extérieur sur lequel on réalise la déflexion des pulsions destructives, un ennemi tend à se créer à l'intérieur du groupe et le sadisme converge sur les minorités qui existaient au sein du groupe".
(cité par A. ROULLET).

La Prison, aux prétendues fonctions de protection et rééducation, ne serait-elle qu'un holocauste destiné à apaiser la violence et empêcher les conflits internes de la communauté, grâce au sacrifice d'une victime rituelle, le délinquant ? ...

Cependant, la possibilité thérapeutique existe en prison, l'espoir subsiste de "soigner" les détenus et nous en voulons pour preuve, les résultats obtenus pendant ces quelques années de travail à la prison, résultats qui, même s'ils sont peu nombreux, n'en gardent pas moins une valeur significative.

Nous voulons parler, en particulier, des psychothérapies de groupe qui ont permis à quelques détenus d'élaborer leur situation, grâce à la liberté de parole retrouvée, de remettre en question l'Institution pénitentiaire et, par là-même, leur engagement.

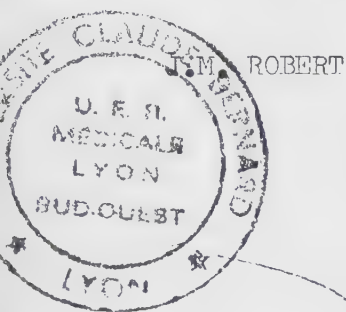
Le psychiatre, même s'il est membre de l'Institution et menacé de cette régression paranoïde afin d'échapper à son angoisse, occupe, malgré tout, une situation privilégiée. Il est celui qui vient du dehors, quelquefois, et jouit alors d'un certain recul qui lui permettra, grâce aux outils conceptuels dont il dispose, de refuser son adhésion au système carcéral.

Il devra, par exemple, assumer un certain niveau de culpabilité, accepter l'existence de ses pulsions destructrices, recréant alors l'objet total à la fois bon et mauvais.

A travers l'analyse de l'impact psychologique de cette surcharge que crée la situation carcérale, il lui sera alors possible d'accéder à la problématique individuelle du sujet.

Ainsi, si elle paraît d'abord être un obstacle, cette surcharge peut se révéler ensuite comme un analyseur, un nouvel outil conceptuel permettant l'approche de la problématique individuelle.

, Le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest



Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

Guarès Paul

Vu et Permis d'Imprimer

Lyon, le 03 JUIN 1976

Le Président de l'Université Claude Bernard
~~Pour le Président, Le Premier Vice-Président~~
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

D. GERMAIN

RODOUBACNE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANZIEU D.
Le Groupe et l'Inconscient
(Dunod 1975)
- 2 - ANZIEU, BEJARANO, KAES, MISSEMARD, PONTALIS
Le travail psychanalytique dans les Groupes
(Dunod 1972)
- 3 - AUBERGER J.P.
Le travail de l'Interne en milieu pénitentiaire
(Thèse, LYON, 1976)
- 4 - BALINT M.
Le Médecin, son malade et la maladie
(PUF, 1960)
- 5 - BEDAT M.
L'Annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de LYON
(Thèse, LYON, 1964)
- 6 - BOUDARD A.
La Cerise
(Plon, 1963)
- 7 - BUFFARD S.
Le froid pénitentiaire
(Seuil, 1973)
- 8 - BUFFARD S.
La solitude du Psychologue
(La Revue de l'Esprit n°7-8, Juillet-Août 1975 - Seuil)

- 9 - CHANOIT P.F.
De la Psychiatrie punitive à la Criminologie compréhensive
(Cahiers Médicaux Lyonnais Vol 49, n° 18, 4 Mai 1973)
- 10 - COLIN M., BUFFARD S., GONIN D., HOCHMANN J.
L'équipement en criminologie
(Actes du XIV° Cours International de Criminologie)
(Masson, 1965)
- 11 - COLIN M. et Collaborateurs
Etudes de criminologie clinique
(Masson, 1963)
- 12 - CONAN-OLLIVIER A.M.
L'Annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de RENNES
(Thèse, PARIS, 1957)
- 13 - DOREY R.
Contributions psychanalytiques à l'étude du fétichisme
(Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°2, Automne 1970)
(Gallimard)
- 14 - EURARD P.
La psychiatrie instituée
(Thèse LYON, 1972)
- 15 - FOUCAULT M.
Histoire de la folie à l'âge classique
(Plon, 1961)
- 16 - FOUCAULT M.
Surveiller et Punir
(Gallimard, 1975)

- 17 - FREUD. S.
Trois essais sur la Théorie de la Sexualité
(Gallimard, 1962)
- 18 - FREUD S.
Métapsychologie
(Gallimard, 1968)
- 19 - FREUD S.
Inhibition, Symptôme et Angoisse
(PUF, 1971)
- 20 - FREUD S.
Abrégé de Psychanalyse
(PUF, 1975)
- 21 - FREUD S.
Névrose, Psychose et Perversion
(PUF, 1974)
- 22 - GILLET M.
Persistance des structures asilaires
(Thèse, LYON, 196.)
- 23 - GISCARD P.
Un essai de psychothérapie en milieu pénitentiaire
(Annales Médico-Psychologiques, 1952, Tome 1)
- 24 - GOFFMANN E.
Asiles
(Editions de Minuit, 1968)
- 25 - GONIN D.
Psychothérapie de Groupe du Délinquant adulte en milieu
pénitentiaire
(Masson, 1970)

- 26 - GRAND S.
Morbidité en milieu pénitentiaire
(Thèse, LYON, 1961)
- 27 - HIJAZI M.
Délinquance juvénile et réalisation de soi
(Masson, 1966)
- 28 - HIVERT P.
Criminologie et Psychiatrie. Tendances actuelles.
(Confrontations Psychiatriques, n°4, 1969)
- 29 - HOCHMANN J.
Pour une Psychiatrie Communautaire
(Seuil, 1971)
- 30 - HOCHMANN J.
La relation clinique en milieu pénitentiaire
(Masson, 1964)
- 31 - JOSSERAND S.
Psychosomatique et Prison
(Thèse, LYON, 1975)
- 32 - KLEIN M.
La Psychanalyse des Enfants
(PUF, 1975)
- 33 - KLEIN M.
Essais de Psychanalyse
(Payot, 1974)
- 34 - KLEIN M.
Envie et gratitude, et autres essais
(Gallimard, 1968)

- 35 - KLEIN M., HEIMANN P., ISAACS S., RIVIERE J.
Développements de la Psychanalyse
(PUF, 1972)
- 36 - LAGACHE D.
Situation de l'agressivité
(Bulletins Psychologiques, XIV, 1, 1960)
- 37 - LAGACHE D.
Pouvoir et Personne
(Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°8, Automne 1973)
(Gallimard)
- 38 - LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la Psychanalyse
(PUF, 1971)
- 39 - PERRIER Charles
La Maison Centrale de NIMES
(Masson, 1896)
- 40 - ROLLAND J.C.
L'Institution et le problème de la régression
(Thèse, LYON, 1971)
- 41 - ROLLAND J.C
La situation d'autorité en milieu criminologique
(.
- 42 - ROTHBERG M.
Les situations d'oppression en psychiatrie
(Thèse, LYON, 1971)
- 43 - ROSENFELD H.A
Etats psychotiques
(PUF, 1976)

44 - ROSOLATO G.

Culpabilité et sacrifice

(Psychanalyse et Sémiotique. Actes du Colloque de MILAN
1974, Collection 10-18, Union Générale d'Editions, 1975).

45 - ROULLET A.

Hopital Psychiatrique et condition paranoïde
(Information Psychiatrique, Février 1966)

46 - SEGAL H.

Introduction à l'oeuvre de Mélanie KLEIN
(PUF, 1969)

47 - SIZARET

Psychiatrie et milieu pénitentiaire
(rapport présenté au congré de Psychiatrie et de
neurologie de Langue Française, LXV^e session
Masson, 1967)

48 - SMIRNOFF V.N

Pouvoir sexuel

(La Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°8, Automne 1973
Gallimard)

49 - WINNICOTT D.W.

De la Pédiatrie à la Psychanalyse
(Payot, 1971)

50 - WINNICOTT D.W.

Processus de maturation chez l'enfant
(Payot, 1974)

51 - La Médecine en Milieu Pénitentiaire

(Cahiers Laënnec, Juin, 1971)

52 - Le Traitement dans le Service Pénal

(Actes du X^e Congrès français de Criminologie
Masson, 1970)

53 - Chimiothérapie, Psychothérapie, Criminologie

(Colloque de TOULOUSE, Novembre 1972
Masson, 1973).

